

**ONGELIJKHEID IN GEZONDHEID,
SOCIAAL-MEDISCH ONDERZOEK
EN BELEID**

(Inequalities in Health,
Socio-medical Research and Policy)

PROEFSCHRIFT

ter verkrijging van de graad van doctor in de Geneeskunde
aan de Erasmus Universiteit Rotterdam
op gezag van de Rector Magnificus
prof.dr. A.H.G. Rinnooy Kan
en volgens besluit van het College van Dekanen.

De openbare verdediging zal plaatsvinden op
woensdag 22 oktober 1986 om 14.00 uur

door
Gaspard Alexandre de Jong
geboren te Oujda

Promotiecommissie

Promotor: Prof.dr. P.J. van der Maas

Overige leden: Prof.dr. R.M. Lapré
Prof.dr. F.F.H. Rutten
Prof.dr. H.A. Valkenburg

Druk

Offsetdrukkerij Kanters bv, Alblasserdam

CIP-gegevens Koninklijke Bibliotheek, Den Haag

Jong, Gaspard Alexandre de

Ongelijkheid in gezondheid, sociaal-medisch onderzoek en beleid/

Gaspard Alexandre de Jong. - (S.l.:s.n.) Proefschrift Rotterdam. -

Met lit.opg. - Met samenvatting in het Engels.

ISBN: 90-9001335-0

SISO 614 UDC 351.77:614

Trefw.: maatschappelijke gezondheidszorg; overheidsbeleid/
sociaal-medisch onderzoek.

Inhoudsopgave

Hoofdstuk 1	1
Ongelijkheid in gezondheid, sociaal-medisch onderzoek en beleid	
Hoofdstuk 2	33
Justice and Health for All (met F.F.H. Rutten) Social Science & Medicine 17 (1983) 1085-1095	
Hoofdstuk 3	45
De verdeling van de pijn, sociaal-medische aspecten van allocatie in de gezondheidszorg In: Ph.A. Idenburg, Gaspard A. de Jong, J.P. Kasdorp & R.M. Lapré Gezondheidszorg onder druk; besluitvorming in een tijd van kosten-beheersing (Hoofdstuk 4, pag. 63-96) Samsom uitgeverij, Alphen a/d Rijn 1982	
Hoofdstuk 4	79
Kennis is macht, maar macht is meer dan kennis; de betekenis van onderzoek voor beleid Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg 63 (1985) 140-150	
Hoofdstuk 5	91
Informatie en beleid in de gezondheidszorg; verslag van een enquête onder beleidsfunktionarissen (met P.J. van der Maas) Studierichting Algemene Gezondheidszorg/Instituut Maatschappelijke Gezondheidszorg Erasmus Universiteit Rotterdam, mei 1986	
Hoofdstuk 6	141
Diskussie	
Summary	151
Curriculum Vitae	156

Hoofdstuk 1

Ongelijkheid in gezondheid, sociaal-medisch onderzoek en beleid

INLEIDING

Het onderwerp van dit proefschrift is de relatie tussen ongelijkheid in gezondheid, sociaal-medisch onderzoek en overheidsbeleid. De keuze voor dit onderwerp is ingegeven door de volgende overwegingen:

a. Ongelijkheid in gezondheid is, ook in een welvarend en gezond land als Nederland, een belangrijk verschijnsel. Dat belang wordt ontleend aan de hoge waarde die zowel aan gezondheid als aan gelijkheid van kansen wordt toegekend.

b. Het bestrijden van vermijdbare ongelijkheid in gezondheid is pas goed mogelijk als dat als kollektieve verantwoordelijkheid wordt aanvaard. Voor ons land impliceert dat een overheidsverantwoordelijkheid.

c. Het ligt op de weg van sociaal-medisch onderzoekers om de gegevens en inzichten aan te dragen, die als bouwstenen kunnen worden gebruikt voor het overheidsbeleid inzake ongelijkheid in gezondheid.

Dit proefschrift kan worden gezien als een uitwerking van het laatste punt. De probleemstelling die ten grondslag ligt aan alle in dit proefschrift opgenomen publikaties kan dan ook als volgt worden geformuleerd: 'Op welke manier kan sociaal-medisch onderzoek bijdragen aan beleid gericht op specifieke gezondheidsdoelen, in het bijzonder betreffende ongelijkheid in gezondheid?'

Het doel daarbij is primair het demonstreren van de methoden waarmee de bijdrage van de sociaal-medische wetenschap aan gezondheidsbeleid vorm zou kunnen krijgen. De beleidsaanbevelingen die op sommige plaatsen worden gedaan zijn overigens als voorbeeld bedoeld. Eén van de centrale thema's in de volgende hoofdstukken is

immers de belangrijke rol van normatieve posities in beleid; die normatieve aspecten spelen ook een rol bij onderzoek. Het zou daarom niet konsekwent zijn om op basis van dit onderzoek 'objektieve' aanbevelingen voor beleid te doen.

In dit inleidende hoofdstuk worden de drie elementen van het onderzoeksobjekt, ongelijkheid in gezondheid, sociaal-medische wetenschap en beleid, nader toegelicht.

ONGELIJKHEID IN GEZONDHEID

Ondanks het feit dat in hoogontwikkelde landen als Nederland een uitgebreid en voor iedereen goed toegankelijk systeem van gezondheidszorgvoorzieningen bestaat, is er sociale ongelijkheid in gezondheid tussen verschillende bevolkingsgroepen te konstatoren.

Voor de duidelijkheid wordt opgemerkt dat het ons hier vooral gaat om *sociale ongelijkheid*, dus ongelijkheid gerelateerd aan maatschappelijke kenmerken van populaties. Daarnaast bestaat er vanzelfsprekend ook nog de *biologische variatie* als bron van ongelijkheid. In deze paragraaf zal nog aan de orde komen de vraag in hoeverre sociale ongelijkheid een gevolg zou kunnen zijn van biologische selektiemechanismen. We richten ons evenwel primair op de sociale ongelijkheid omdat deze in beginsel vermijdbaar of veranderbaar is, cq. vatbaar voor beleid. Als de minder goede gezondheidstoestand van bepaalde bevolkingsgroepen te wijten zou zijn aan woon- of werkomstandigheden, dan zou men een beleid kunnen ontwikkelen om in deze omstandigheden verbeteringen aan te brengen. Daarbij moet overigens onderscheid worden gemaakt tussen de feitelijke verdeling van ziekte binnen de bevolking enerzijds en ongelijkheid in de processen die tot de ongelijke kansen op ziekte leiden. Aan de verdeling van ziekte is vaak weinig meer te veranderen: ziekten zijn het produkt van (levens)geschiedenis. Men kan alleen nog maar de ziektesymptomen van deze kansongelijkheid bestrijden. De mogelijkheden voor beleid liggen veeleer op het preventieve vlak, cq. beïnvloeding van de kansprocessen.

In deze paragraaf beschrijven we ongelijkheid in gezondheid vanuit verschillende invalshoeken. Daarna worden mogelijke verklaringen behandeld. (zie ook Townsend & Davidson 1982)

Ongelijkheid in kaart gebracht

Alvorens een beschrijving van ongelijkheid in gezondheid te kunnen geven, dient het begrip gezondheid nader te worden omschreven.

In hoofdstuk 2 wordt toegelicht dat de definitie van gezondheid altijd afhankelijk is van het referentiekader van degene die de definitie formuleert. Er worden in hoofdstuk 2 drie groepen/invalshoeken onderscheiden:

a) professionele definities, die binnen het referentiekader van een professie worden geformuleerd. Zo definiëren bijvoorbeeld artsen in het algemeen gezondheid vanuit een medisch-biologisch referentiekader. (Tristram Engelhardt 1981, Kräupl Taylor 1979, Caplan ea 1981) Psychologen daarentegen hanteren andere theoretische kaders voor hun definitie van gezondheid. (Kasl & Cobb 1966, Lazare 1973,

Maslow & Mittelman 1981) Een belangrijk kenmerk van professionele gezondheidsdefinities in het kader van onderzoek is het feit dat ze zijn te operationaliseren in objectiverende en controleerbare meetinstrumenten.

b) individuele definities, de perceptie van gezondheid vanuit individuele (subjectieve) referentiekaders.

c) sociale definities. Hiermee worden definities van gezondheid bedoeld, die verwijzen naar de sociale gevolgen van gezondheid en ziekte. Een voorbeeld is het ziekteverzuim. Maar ook medische consumptie als indikator van ziekte past in deze groep definities.

De drie groepen definities zijn niet tot elkaar te herleiden. Alhoewel bij ieder wel begrippen als 'ziek' en 'gezond' gebruikt worden, duiden ze in werkelijkheid op volstrekt verschillende fenomenen. Iedere benadering van gezondheid, met bijbehorende definitie, heeft dan ook voor bepaalde groepen en voor bepaalde doeleinden een zeker nut. Voor een arts is een medisch-biologische definitie het meest werkbaar, terwijl zijn patiënt zijn eigen individuele criteria hanteert voor de waardering van zijn gezondheidstoestand. De werkgever van de patiënt zal primair geïnteresseerd zijn in de vraag of hij in staat is arbeid te verrichten.

De gezondheidsdefinitie van de Wereld Gezondheids Organisatie heeft op dit gebied voor veel verwarring aanleiding gegeven: 'Gezondheid is een toestand van lichamelijk, geestelijk en maatschappelijk welbevinden en niet alleen de afwezigheid van ziekte of gebrek'. Ook deze definitie moet echter in zijn context worden gezien. Regeringen van landen met zeer uiteenlopende politieke kleur moesten zich erin kunnen vinden. De WHO-definitie is onderdeel van een beleidsdokument en heeft een programmatisch karakter (Kuiper 1978). Men moet erkennen dat de definitie haar tijd vooruit was omdat zij de aandacht vestigde op de verschillende mogelijke benaderingen van gezondheid en de vele factoren die op gezondheid van invloed zijn in een periode dat de literatuur op dit gebied nog niet zo omvangrijk was als tegenwoordig.

Indien mogelijk zou men ongelijkheid in gezondheid voor zoveel mogelijk verschillende benaderingen van gezondheid willen beschrijven en analyseren. Helaas is dat maar in beperkte mate mogelijk met de beschikbare statistieken. De in Nederland (en in de meeste Westerse landen) beschikbare gezondheidsstatistieken hebben betrekking op een beperkt aantal indicatoren van gezondheid: sterfte, klinische morbiditeit, medische consumptie en ziekteverzuim. En slechts bij een deel van deze statistieken is het mogelijk om het verband met sociale kenmerken na te gaan.

Met name ten aanzien van de subjectieve beleving van gezondheid zijn weinig gegevens beschikbaar. Pas recentelijk beginnen periodieke gezondheidsenquêtes in die lakune te voorzien.

In de praktijk is men voor de bestudering van sociale ongelijkheid in gezondheid voornamelijk aangewezen op het gebruik van sterftecijfers. Indien men aanneemt dat andere gezondheidsindikatoren geen tegenovergestelde resultaten zouden opleveren, dan is deze beperking niet onoverkomelijk.

In deze paragraaf krijgen sterftecijfers om bovengenoemde redenen de meeste aandacht. De bevindingen voor andere indicatoren worden beknopt behandeld. Na de presentatie van gegevens wordt een overzicht gegeven van de belangrijkste verklaringsmodellen. (Zie voor een uitvoeriger behandeling o.a.: de Jong 1980 en Jansen 1983)

Sterfte

Zoals eerder opgemerkt hebben de meeste gegevens betreffende sociale ongelijkheid in gezondheid betrekking op de sterfte. Een selectie uit die gegevens volgt hieronder, en wel vanuit de volgende invalshoeken:

- geografisch, van mondiaal tot regionaal niveau
- beroep en sociaal-ekonomische status
- leeftijd, geslacht en burgerlijke staat

(a) geografisch

Geografische sterfteverschillen op mondiaal niveau zijn een algemeen bekend verschijnsel. Uit de statistieken van de Wereld Gezondheids Organisatie blijken o.a. de volgende verschillen tussen de werelddelen:

Tabel 1. Gezondheidsindikatoren op mondiaal niveau (\pm 1975)

Werelddeel	Zuigelingssterfte (per 1000 levend geborenen)	Levensverwachting bij de geboorte (in jaren)
Afrika	150	47
Amerika	51	67
Azië(zonder USSR)	100	57
Europa(zonder USSR)	21	72
Oceanië	31	69
USSR	26	71

Bron: World Health Statistics Annual 1978

Deze verschillen hangen nauw samen met verschillen in welvaarts-niveau. Maar dat biedt nog geen volledige verklaring, want ook tussen landen met een vergelijkbaar welvaartsniveau, kan men nog aanzienlijke sterfteverschillen aantreffen. Voor deze vergelijking hanteren we perinatale sterfte en zuigelingensterfte, omdat deze als de meest gevoelige indicatoren van sociale ongelijkheid worden beschouwd:

Tabel 2. Perinatale sterfte en zuigelingensterfte in enkele hoogontwikkelde landen (1975)

Land	Perinatale sterfte (per 1000 geborenen)	Zuigelingen- sterfte (per 1000 levend - geborenen)
Verenigde Staten	20,7	16,1
Japan	16,0	10,0
Frankrijk	19,5	14,7
West Duitsland	19,4	19,7
Nederland	14,0	10,6
Zweden	11,1	8,3
Engeland en Wales	17,9	14,2

Bron: World Health Statistics Annual 1978

Verschillen tussen provincies, gestandaardiseerd voor leeftijdsopbouw, vertonen al geruime tijd een consistent patroon:

Tabel 3. Gestandaardiseerde sterfte (per 10.000 mannen, resp. vrouwen) naar provincie (1977)

Provincie	Mannen	Vrouwen
Groningen	88,3	69,2
Friesland	84,4	68,7
Drenthe	84,7	66,1
Overijssel	87,2	71,9
Gelderland	90,0	70,9
Utrecht	87,3	70,7
Noord-Holland	89,4	67,5
Zuid-holland	88,6	69,3
Zeeland	77,4	65,7
Noord-Brabant	91,2	74,8
Limburg	98,0	75,2
Nederland	88,9	70,1

Bron: Compendium Gezondheidsstatistieken 1979

Zoals uit deze tabel blijkt ligt het sterftecijfer (relatief gezien) in Limburg voor mannen ruim 20% en voor vrouwen $\pm 10\%$ hoger dan in Zeeland.

Sterftegegevens voor stadswijken zijn voor de grote steden al geruime tijd beschikbaar. Een probleem met deze gegevens is echter dat ze sterk kunnen worden beïnvloed door migratie. Een wijk met enkele verzorgings- of verpleeghuizen zal daardoor een relatief hoog sterftecijfer vertonen. Patiënten in het verpleeghuis wonen echter vrij kort op dat adres: hun levensverwachting bij opname is gemiddeld $1\frac{1}{2}$ jaar (Diesfeldt 1979). In het Vergelijkend Buurt Onderzoek Amsterdam heeft men deze vertekening voor een groot deel kunnen uitschakelen door koppeling met gegevens over woonduur in de wijk. We geven hieronder de gestandaardiseerde sterftecijfers van een aantal geografische eenheden weer. De cijfers voor 15-64 jarigen hebben betrekking op 1972, 1973, 1975 en 1976. De cijfers voor de 65+-ers betreffen de jaren 1975 en 1976 en hebben alleen betrekking op overledenen die tenminste 11 jaar in de betreffende wijk hebben gewoond:

Tabel 4. Standardized Mortality Rates (SMR's) voor een aantal Amsterdamse stadswijken, 1975+1976

Wijk	15-64 jr.	65+
Jordaan Spaarndammer	141	124
19e eeuwse gordel West	116	112
Apollobuurt	92	95
Buitenveldert	77	70
De Pijp	121	90
19e eeuwse gordel Oost	115	112

Bron: Lau-IJzerman ea 1980

Omgerekend in levensverwachting bij de geboorte betekent het verschil in SMR tussen de Jordaan en Buitenveldert een verschil van vijf jaar.

Het feit dat binnen één stad in een hoogontwikkeld land zulke grote sterfteverschillen aangetroffen worden, moet wel betekenen dat ook individuele risikofactoren een rol spelen. Algemene factoren als milieukwaliteit, economisch ontwikkelingspeil of niveau van gezondheidszorgvoorzieningen kunnen dergelijke geografische verschillen hooguit voor een deel verklaren. (Lau-IJzerman ea 1980)

(b) beroep en sociaal-ekonomische status

Voor het beschrijven van sterfte naar beroep en sociaal-ekonomische status kunnen slechts enkele landen gegevens leveren. Aan het verzamelen en het interpreteren van dergelijke gegevens kleven fundamentele problemen, die deze lakune helpen verklaren. In de eerste plaats is er de vraag wat men wil meten en waarom. Van gegevens over het beroep wordt verwacht dat men deze in relatie tot gezondheidsindikatoren kan gebruiken om beroepsrisiko's te analyseren. Of dat in het huidige vergaand gedifferentieerde produktiesysteem en bij de hoge beroepsmobiliteit zinvol is, is echter de vraag. Eigenlijk zou men moeten kunnen beschikken over specifiekere expositiegegevens. Maar dan zou in Nederland een werknemersregistratie moeten worden opgebouwd zoals die in de Scandinavische landen wordt aangetroffen. Daarin wordt bijgehouden bij welk bedrijf men in bepaalde functies werkzaam is geweest. Alhoewel uit een oogpunt van epidemiologisch onderzoek (hetgeen op zich een volksgezondheidsbelang is) zo'n registratie zou zijn toe te juichen, is de haalbaarheid van een voorstel in die richting in ons land vermoedelijk niet groot, o.a. vanwege kostenoverwegingen en mogelijke bedreiging van de privacy van de betrokken werknemers.

Een ander gebruik dat van het gegeven 'beroep' werd gemaakt is het schatten van inkomen, sociale status en opleidingsniveau. Vroeger bestond tussen die variabelen een hoge korrelatie. De laatste decennia is deze echter duidelijk afgenomen. Opleidingsniveau en inkomen moeten nu apart worden gemeten, hetgeen in een registratiesysteem als de burgerlijke stand echter moeilijk is te realiseren. De periodieke volkstelling kon ten dele in deze lakune voorzien. Maar deze belangrijke bron van basisgegevens voor onderzoek lijkt helaas verloren te zijn gegaan.

In andere landen is de situatie echter anders. Veruit de belangrijkste bron van gegevens op dit gebied is Engeland, waar de Registrar--General al sinds 1840 sterfte naar beroep registreert. Wanneer deze beroepen worden gebundeld in vijf sociaal-ekonomische klassen wordt een deel van de bezwaren tegen registraties naar beroep ondervangen. Eén van de meest opvallende bevindingen uit deze registratie is het konstant blijven van relatieve verschillen in sterfte tussen sociaalekonomische klassen in de tijd:

Tabel 5. Gestandaardiseerde sterfte van mannen (15-64 jaar) naar sociale klasse in Engeland en Wales, 1911-1971

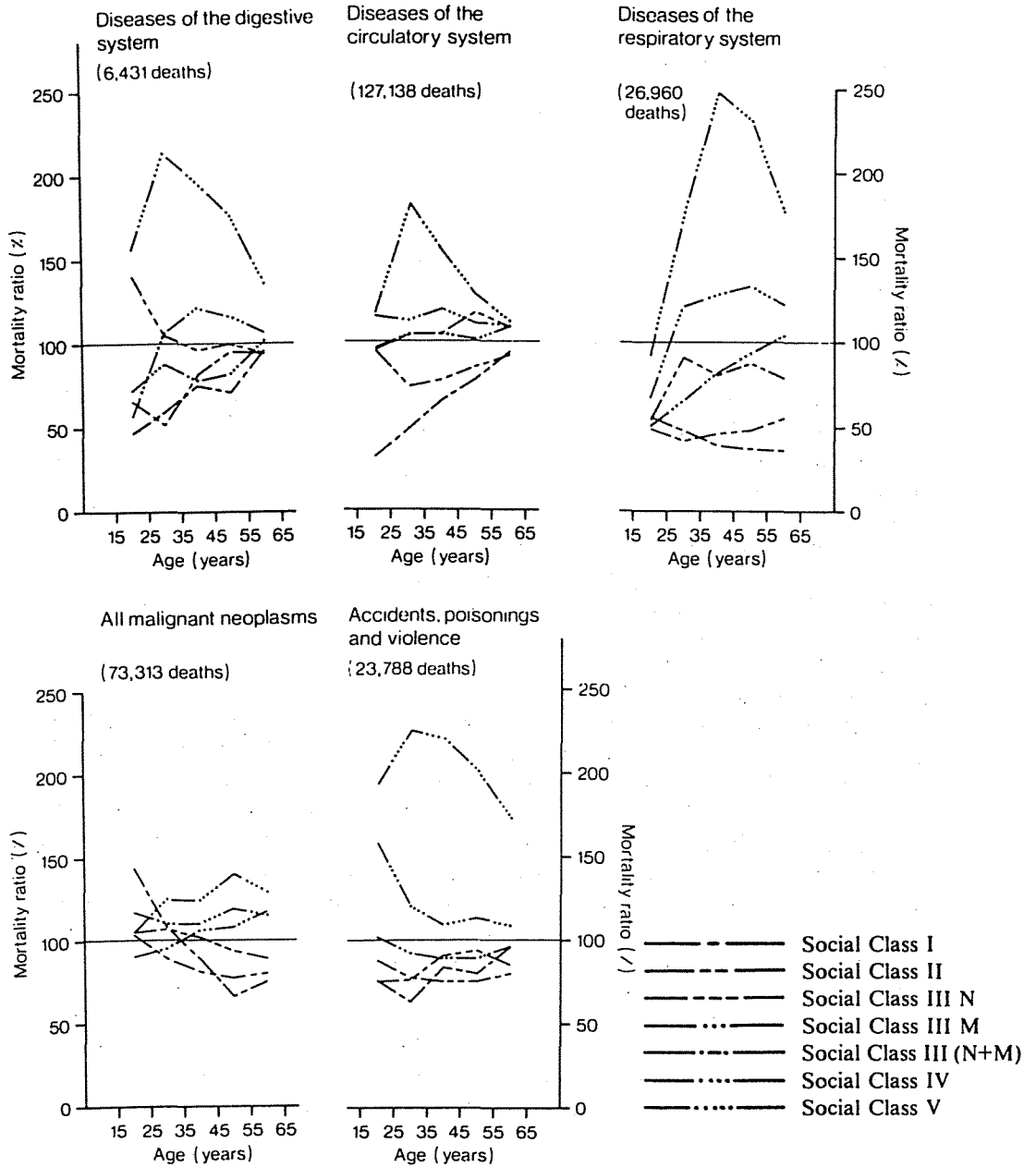
Periode	Sociale Klasse		
	I (hoog)	III	V (laag)
1910-12	88	96	142
1921-23	82	95	125
1930-32	90	97	111
1949-53	98	101	118
1959-63	76	100	143
1970-72	77	104	137

Bron: OPCS 1978

Ondanks het feit dat tussen 1910 en 1970 het sterfteniveau drastisch is veranderd, blijven de hoogste en de laagste sociale klasse bijna een faktor twee verschillen. Wel moet worden opgemerkt dat de klassen in omvang sterk verschillen. Klasse I en klasse V zijn relatief klein, en met name klasse V wordt relatief steeds kleiner waardoor selectie-effecten scherper worden.

Deze verschillen in algemene sterfte zijn ook bij de afzonderlijke groepen doodsoorzaken terug te vinden, zoals figuur 1 illustreert. Voor hart-en vaatziekten is de richting van de sociale verschillen minder duidelijk. Het lijkt erop dat de sociale gradiënt hier van richting is veranderd. (Rijcken 1982) Dit is wellicht te wijten aan het feit dat de leefgewoonten, die van invloed zijn op deze ziekten, eveneens vrij snel veranderen. Zo zou bijvoorbeeld het verminderde zoutgebruik in de voeding van grote invloed zijn geweest op de sterfte aan CVA (Joossens 1978). Een recente historische studie over eetkulturen in Engeland en Frankrijk gaat o.a. in op het feit dat het nuttigen van vet voedsel en bijbehorende zwaarlijvigheid vroeger een statussymbool van de hogere sociale klassen was, terwijl tegenwoordig eerder het omgekeerde het geval is. Nu kunnen de lagere klassen zich de 'luxe' van de hogere permitteren. (Mennell 1985)

Ook de andere grote doodsoorzaken (kwaadaardige nieuwvormingen, luchtwegaandoeningen, ongevallen/vergiftigingen/geweld) vertonen dezelfde sociaaleconomische gradiënt. Binnen de groep kwaadaardige nieuwvormingen vinden we één van de weinige doodsoorzaken met een omgekeerde sociaal-ekonomische gradiënt: borstkanker bij vrouwen.



Figuur 1. Sterfte naar sociale klasse en leeftijd voor enkele groepen doodsoorzaken, Engeland en Wales 1970-1972

Bron: OPCS 1978

Als reden voor het feit dat sterfte naar beroep in Nederland niet wordt geregistreerd moet primair het probleem van betrouwbare registratie en codering van het beroep worden genoemd. In één van de weinige publikaties van het CBS, waarin sterftcijfers naar beroep worden gepresenteerd, wordt deze problematiek uitvoerig behandeld (CBS 1969). Ook in deze Nederlandse cijfers komen grote verschillen in gestandaardiseerde sterfte naar beroepsgroep voor, al is het beeld minder consistent dan in de Engelse gegevens.

De bezwaren die kleven aan het hanteren van informatie over beroep uit het bevolkingsregister kunnen worden ondervangen in een longitudinale onderzoeksopzet. Hiervan zijn in Europa op dit gebied twee voorbeelden; in Frankrijk en in Engeland.

Het Franse onderzoek, dat in 1955 begon, heeft betrekking op een steekproef van 500.000 economisch actieve mannen van 30-69 jaar, later aangevuld met gehuwde vrouwen. De gevonden sterfteverschillen tussen beroepsgroepen bleken nog groter te zijn dan in Engeland:

Tabel 6. Levensverwachting en kans op het bereiken van de leeftijd van 75 jaar voor 35-jarige Franse mannen in een aantal beroepsgroepen, 1955-1971

Beroepsgroep	Levensverwachting bij 35 jaar (in jaren)	Overlevenden op 75 jaar per 1000 35-jarigen
Onderwijzers LO	40,9	574
Hoger leidinggev./vrije ber.	40,5	551
Middelb.pers.(publieke sekt.)	39,3	518
Middelb.pers.(private sekt.)	38,5	489
Zelfstandigen	37,6	460
Laag-geschoolde arb. (publ.sekt.)	36,0	406
Laag-geschoolde arb. (priv.sekt.)	34,7	362
Ongeschoolde arbeiders	32,9	310
Totale populatie	36,1	412

Bron: Desplanques 1976

Deze verschillen in levensverwachting berusten op grote verschillen in leeftijdsspecifieke sterftcijfers: Op 35-jarige leeftijd heeft een ongeschoolde arbeider een ruim vier maal zo hoge kans om te overlijden als een onderwijzer; resp 4,38/1000 en 1,02/1000. Deze verschillen nemen met de leeftijd (door selectie ?) af tot een faktor 1,6 op 75-jarige leeftijd. Voor vrouwen is het verschil tussen de

hoogste en de laagste groep vrij konstant: 2,4 bij 35 jaar, 2,2 bij 75 jaar.

De Engelse Longitudinal Study is in 1971 gestart. In dit onderzoek worden gegevens uit verschillende bronnen gekoppeld, voor een steekproef van één procent van de bevolking; bevolkingsregister, volkstelling en medische consumptie (National Health Service). Eén van de voordelen van deze opzet is het feit dat naast het beroep ook andere indicatoren van sociaal-ekonomische status voor de bestudering van verschillen in gezondheid kunnen worden gehanteerd. De resultaten voor verschillende indicatoren kunnen vervolgens worden vergeleken. In de eerste analyses die van de Longitudinal Study zijn verschenen bleek o.a. dat huisvesting (huurhuis/koophuis) en autobezit bruikbare indicatoren van sociale status zouden kunnen zijn. (Fox & Goldblatt 1982)

(c)leeftijd, geslacht en burgerlijke staat

Ten aanzien van deze factoren zijn Nederlandse gegevens in ruime mate voor handen. De betekenis van sterfte naar leeftijd, geslacht of burgerlijke staat is het kader van de studie van ongelijkheid in gezondheid betrekkelijk. Biologische factoren spelen bij leeftijd en geslacht een grote rol. Bij burgerlijke staat zou men selectie op basis van gezondheid kunnen vermoeden.

Tabel 7. Levensverwachting naar burgerlijke staat, leeftijd en geslacht (Nederland 1971/75)

Leeftijd	Ongehuwd		Gehuwd		Gehuwd gew.	
	M	V	M	V	M	V
30 jaar	40,8	47,4	43,8	48,9	42,4	48,6
40 jaar	31,8	38,1	34,2	39,2	32,8	38,9
50 jaar	23,5	29,3	25,1	29,9	23,7	29,6
60 jaar	16,2	20,9	17,2	21,1	15,6	20,8

Bron: Compendium Gezondheidsstatistiek 1979

Andere gezondheidsindicatoren

Een belangrijke reden voor het onderscheid tussen sterfte en andere indicatoren van (ongelijkheid in) gezondheid is het feit dat in de laatste categorie één indikator vrijwel altijd meerdere zaken meet. Bijvoorbeeld medische consumptie is niet alleen een indikator van (on-)gezondheid, maar ook van de bereikbaarheid van voorzieningen en van de geneigdheid van patiënten om van die voorzieningen gebruik te maken. Vergelijkbare problemen vinden we bij indicatoren

als ziekteverzuim, arbeidsongeschiktheid en klinische morbiditeitsregistratie. Behalve gezondheid worden ook sociaal gedrag en structuurfactoren gemeten.

Ondanks deze beperking kunnen andere gezondheidsindikatoren dan sterfte toch nuttige inzichten verschaffen, al is de interpretatie moeilijker.

We hanteren dezelfde indeling als bij sterfte: geografisch, beroep/SES, en leeftijd/geslacht.

(a)geografisch

De gelijktijdige invloed van meerdere factoren doet zich bij de studie van geografische verschillen bij uitstek gelden. Het feit dat het aantal verwijskaarten per 1000 ziekenfondsverzekerden in de provincie Noord-Holland bijna het dubbele is van dat in Zeeland (LISZ 1985) vindt mede zijn oorzaak in het feit dat voor patiënten uit Zeeland de reisafstand naar een medisch specialist gemiddeld langer is dan voor een ziekenfondsverzekerde in Noord-Holland, waarvan een groot deel in Amsterdam woont.

Voor de studie van sociale ongelijkheid in gezondheid is de provincie een te hoog niveau van aggregatie, althans voor wat de onderhavige indicatoren betreft. Het wijk- of buurniveau in grotere steden is beter hanteerbaar omdat met name de faktor bereikbaarheid van voorzieningen dan een minder grote invloed heeft op de verschillen.

In het reeds eerder genoemde Vergelijkend Buurt Onderzoek Amsterdam zijn ook verschillen in ziekenhuisopnamekoëfficiënten en arbeidsongeschiktheid onderzocht:

Tabel 8. Gestandaardiseerde ziekenhuisopnamekoëfficiënten(SHR's) en arbeidsongeschiktheidscijfers(SDR's) in een aantal Amsterdamse stadswijken (1975)

Wijk	SHR (15-64jr)	SHR (65+)	SDR
Jordaan Spaarndammer	113	115	135
19e eeuwse gordel West	108	97	143
Apollobuurt	84	99	39
Buitenveldert	87	87	30
De Pijp	106	102	108
19e eeuwse gordel Oost	112	106	129

Bron: Lau-IJzerman ea 1980

Het verschil in SDR's tussen Buitenveldert en de Jordaan loopt

parallel met de grote verschillen in arbeidsongeschiktheid en in ziekteverzuim tussen hogere en lagere functies.

In verschillende studies op wijk/buurtniveau is ongelijkheid gekonstateerd, bijv. in opnamecoëfficiënten in psychiatrische ziekenhuizen (Verdonk 1979), deelname aan bevolkingsonderzoek op baarmoederhalskanker (Schneider 1980), lengte van kinderen (van Laar 1981, Sloekers 1980) en immunisatiegraad (van der Meeren & van der Heijden 1980).

(b)beroep en sociaal-ekonomische status

Gegevens over gezondheidstoestand naar beroep hebben voornamelijk betrekking op specifieke beroepsziekten en op bepaalde bedrijven. Alhoewel deze beroepsziekten een niet te verwaarlozen (met name in het kader van preventie) bron van sociale ongelijkheid vormen, vertegenwoordigen ze een beperkt deel van het totale ziektepatroon.

Het ziekteverzuim omvat daarentegen wel het volledige scala van ziekten en aandoeningen. De verschillen in ziekteverzuimpercentage tussen verschillende bedrijfstakken zijn groot en varieert van ong. 5% in administratieve beroepen tot ong. 10% in de scheepsbouw (1984).

De gezondheidsenquête van het CBS kan sinds een paar jaar gegevens over gezondheid en medische consumptie naar inkomen, beroep en opleidingsniveau leveren. Deze zijn tot nu toe in beperkte mate gepubliceerd. De gepubliceerde analyses van gebruik van fysiotherapie (Van den Brekel 1985) en van de tandarts (Van den Berg 1985) geven aan dat de vergelijking tussen bijvoorbeeld inkomensgroepen zeer gevoelig is voor controle van leeftijds- en geslachtsverdeling, verzekeringsvorm, opleidingsniveau en gezondheid. Maar wanneer men al deze correcties uitvoert, dan blijkt de medische consumptie hoger naarmate het netto gezinsinkomen hoger is. De 'Inverse Care Law' (Tudor Hart 1971) wordt hier bevestigd. Zonder correctie zijn de verschillen kleiner of ze wijzen op een hogere medische consumptie in lagere inkomensgroepen.

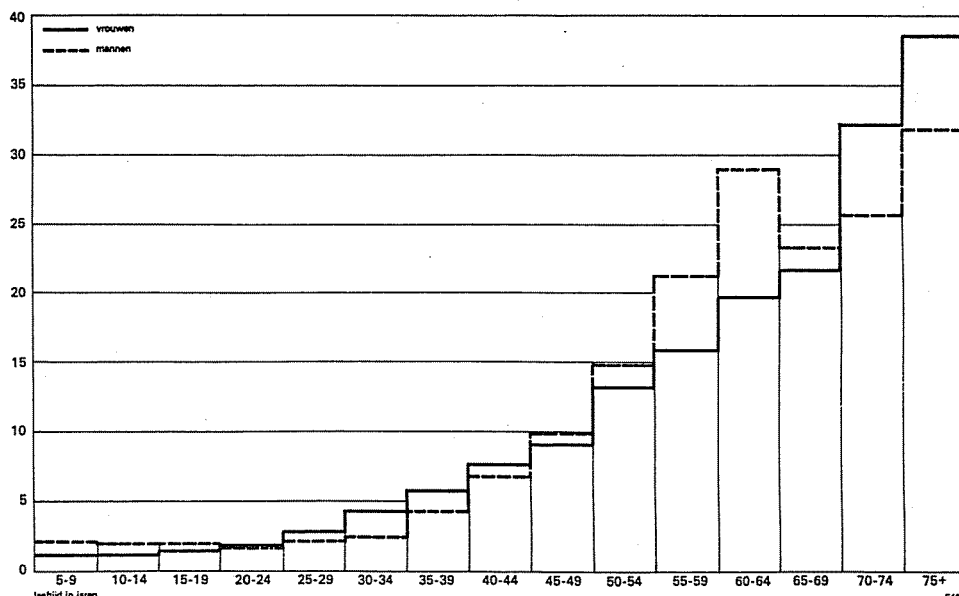
Een grove indikator voor inkomen en sociaal-ekonomische status is verzekeringsvorm, i.c. het onderscheid tussen ziekenfondsverzekerden en overigen. Tussen deze twee categorieën bestaan met name voor ziekenhuisopnamen en verpleegdagen grote verschillen. Deze verschillen zijn vooral interessant omdat ze minder dan het gebruik van extra-murale voorzieningen worden beïnvloed door het gedrag van de patiënt. Nu geldt ook hier dat de verschillen moeten worden gecorrigeerd voor bevolkingsopbouw. Bovendien zijn de verschillen afhankelijk van het specialisme en van de opnameindikatie. (Fokkens

1980, Van de Ven ea 1980) De meerconsumptie van ziekenfondsverzekerden was in 1975 39% bij de nietsnijdende specialisten en 19% bij de snijdende. (gebaseerd op aantal opnames per 10.000 verzekerden) Het grootste verschil doet zich voor bij het specialisme dermatologie: 120% meer verpleegdagen bij ziekenfondsverzekerden.

(c)leeftijd en geslacht

De invloed van leeftijd en geslacht op diverse indicatoren van gezondheid is dusdanig dat bevolkingsopbouw voor bijvoorbeeld planningsdoeleinden verreweg het belangrijkste gegeven is.

Een illustratie van het feit dat een gezondheidsindicator meer meet dan alleen de lichamelijke of geestelijke toestand van de bevolking is Figuur 2, afkomstig uit de CBS-publicatie 'Gehandicapten Wel Geteld'.



Figuur 2. Lichamelijk gehandicapten in procenten van de Nederlandse bevolking naar leeftijd en geslacht, 1971/72

Bron: CBS 1974

Het lijkt onwaarschijnlijk dat de scherpe daling in het aantal functiebeperkingen bij mannen rond de pensioneringsleeftijd het gevolg is van een plotselinge verbetering van de gezondheidstoestand. De zeer ruime definitie van handicap en de meetmethode (vragenlijst) zijn vermoedelijk wel mede de oorzaak van dit effect.

De oorzaken van sociale ongelijkheid in gezondheid

De verklaringen voor het verschijnsel ongelijkheid in gezondheid zijn te verdelen in twee hoofdgroepen:

(a) sociale ongelijkheid leidt tot verschillen in blootstelling aan gezondheidsrisiko's

(b) gezondheidstoestand is van invloed op sociale positie.

Voor beide groepen verklaringen is empirisch materiaal beschikbaar.

(a) ongelijkheid in risico

Deze groep verklaringen voor sociale ongelijkheid in gezondheid is heterogeen van karakter en dient dan ook in een aantal subgroepen te worden gesplitst:

- Beroepsrisiko's. De bedrijfsgeneeskundige en epidemiologische literatuur bevat vele voorbeelden van aantoonbare risico's in bepaalde beroepen en werksituaties. (Zielhuis 1980) Een klassiek voorbeeld zijn de longaandoeningen bij mijnwerkers in kolenmijnen. (Smith 1981)

- Aan het inkomen gerelateerde risico's. Een hoger inkomen stelt mensen in staat om een relatief veiliger en gezondere omgeving te 'kopen'; een groter huis (minder luchtvervuiling binnenshuis door bijv. roken), een niet vochtig huis (o.a. door centrale verwarming), een veiliger woonomgeving (verkeer, luchtvervuiling), een veiliger auto, en dergelijke. (Grossman 1972) Een hoger inkomen maakt ook andere investeringen in gezondheid mogelijk; voeding, sportbeoefening, vakanties, en gezondheidszorgvoorzieningen die niet standaard tot het pakket van een ziektekostenverzekering behoren.

- Aan het opleidingsniveau gerelateerde risico's. Naarmate de band tussen beroep, inkomen en opleidingsniveau minder sterk wordt, neemt de aandacht voor opleidingsniveau als een voor gezondheid belangrijke faktor toe. Het opleidingsniveau heeft een zelfstandige functie omdat een hoger niveau met zich mee brengt dat men rationeler gezondheidsgedrag kan ontplooien. Met name is men beter in staat om de inhoud van voorlichtingsboodschappen niet alleen beter te begrijpen, maar deze ook in gedragsverandering te vertalen. (Kasl & Cobb 1966) Mensen met een hoger opleidingsniveau hebben ook een sterkere toekomstgerichtheid. (Terpstra 1980) Deze verklaring past bij de bevinding dat het percentage rokers het eerst en

het sterkst is gedaald onder degenen met een hoger opleidingsniveau. (Morris 1980)

Een eveneens voornamelijk aan het opleidingsniveau gerelateerd risico is het gebruik van gezondheidszorgvoorzieningen, met name preventieve voorzieningen. (McKinlay 1972) Of patiënten met een lager opleidingsniveau, na correctie voor gezondheidstoestand, meer of minder gebruik maken van gezondheidszorg dan degenen met een hogere opleiding is bijzonder moeilijk vast te stellen al lijken de feiten te wijzen in de richting van een lager gebruik. (Forster 1976) Wat wel vast staat is het feit dat hoger opgeleiden effectiever gebruik maken van voorzieningen en daardoor een hoger 'rendement' uit hun contacten weten te halen, bijvoorbeeld door bij een bezoek aan de huisarts meer problemen aan de orde te stellen. (Cartwright 1976) Bij preventieve voorzieningen is de correctie voor gezondheid makkelijker uit te voeren; het risico is daar voor de meeste ziekten gelijk of hoger voor degenen met een lagere opleiding. En dan blijkt dat degenen met een lager opleidingsniveau minder gebruik maken van voorzieningen als bevolkingsonderzoek op baarmoederhalskanker. (Hakama & Räsänen-Virtanen 1976)

- Sociale status als risikofactor. Sociale ongelijkheid in gezondheid kan ook rechtstreeks in verband worden gebracht met posities op de maatschappelijke ladder. Eén van die verklaringsmodellen maakt gebruik van het 'stress-koncept' en gaat uit van de veronderstelling dat mensen in lagere sociale klassen mede door hun relatief machteloze en uitzichtloze positie aan een gemiddeld hoger stress-niveau zouden blootstaan. (Cassel 1970, Nijhof 1979) Volgens een ander model heeft men in lagere sociale klassen minder mogelijkheden om aan riskante situaties te ontkomen: men zal ze dus eerder in de frontlinies aantreffen. (Eyles & Woods 1983)

Een model dat in de studie van armoede opgeld doet is dat van de 'culture of poverty'. Armen zouden een cultuur hebben die armoede in stand houdt, althans het bijzonder moeilijk maakt om eraan te ontsnappen. (Lewis 1966, Leacock 1971) Naar analogie met dit model zouden ook opvattingen over gezondheid van de ene generatie op de volgende worden overgedragen. Een onderzoek van Blaxter (1982) onder moeders en hun dochters wees echter uit dat van overdracht van gezondheidskultuur langs deze weg weinig te bespeuren is. In feite is de 'culture of poverty' theorie een vorm van 'blaming the victim'. (Crawford 1977)

(b)ongelijkheid als teken van selectie

De tegenpool van de voorgaande groep verklaringen van ongelijkheid in gezondheid is de verklaring dat sociale positie mede een gevolg is

van (verandering in) gezondheidstoestand. Sociale differentiatie zou daarmee een weergave zijn van biologische selectie.

Een slechte gezondheid is zeker op jongere leeftijd niet bevorderlijk voor het stijgen op de maatschappelijke ladder. Het systeem van sociale voorzieningen zorgt er in Westerse landen voor dat de daling door slechte gezondheidstoestand beperkt blijft. (Luft 1978)

De vraag in hoeverre sociale ongelijkheid oorzaak dan wel gevolg is van verschillen in gezondheid is aan de hand van transversale studies niet goed te beantwoorden. De gegevens van de Engelse Longitudinal Study zijn onlangs op dit punt door Fox ea (1985) geanalyseerd. Hij komt daarbij tot de konklusie dat selektiemechanismen een niet onbelangrijke rol lijken te spelen.

BELEID

Ongelijkheid in gezondheid is een onderwerp dat de laatste tijd snel stijgt op de nationale en internationale beleidsagenda. Het is opvallend dat in de periode van het kabinet Den Uyl, waarbij spreiding van macht, kennis en inkomen het motto was, ongelijkheid in gezondheid niet als een afzonderlijk probleem werd ervaren, al is door sommigen wel hiervoor gepleit (de Jong 1980).

Een belangrijke stimulans in de afgelopen jaren is echter het actieprogramma van de Wereld Gezondheids Organisatie 'Health for All by the year 2000'. (WHO 1978) Aanvankelijk leken Westerse regeringen te menen dat dit vooral voor derde wereld landen bedoeld was. Maar vanuit de WHO is er op gewezen dat ook in Westerse landen nog wel verbeteringen mogelijk zijn. In de Europese regio zijn in dat verband diverse symposia over ongelijkheid en over de positie van bepaalde bevolkingsgroepen door de WHO georganiseerd. Een van de resultaten die men in het beleid in Nederland kan waarnemen is het feit dat onderzoek naar ongelijkheid een hogere prioriteit heeft gekregen (Diskussienota Stimuleringsprogramma Gezondheidsonderzoek 1985). Daarop is eerder al aangedrongen door o.a. de Staatscommissie Bevolkingsvraagstuk (1977) en in het kader van het Nationaal Programma Demografisch Onderzoek (1981). Voorts wijdde de Algemene Nederlandse Vereniging voor Sociale Geneeskunde haar jubileumkongres in 1980 aan het thema 'Ongelijkheid in gezondheid en gezondheidszorg' (de Jong 1980).

Op vele onderdelen van beleid spelen overwegingen met betrekking tot ongelijkheid een rol. Voor een overzicht van die punten hanteren we een indeling van beleid in de volgende vier onderdelen:

- a. Doelstellingen van beleid, waaronder de keuze van normatieve politieke uitgangspunten: Welk niveau van volksgezondheid wordt nagestreefd en welk gewicht krijgt de vermindering van ongelijkheid in gezondheid?
- b. Middelen: Welke middelen worden ingezet om de doelstellingen te realiseren?
- c. Effecten: Hoe worden de resultaten beoordeeld?
- d. Beleidsinstrumenten: Welke bestuurlijke, juridische en financiële instrumenten worden gehanteerd om voorbereiding en uitvoering van beleid mogelijk te maken?

In deze paragraaf geven we eerst, voor ieder van deze vier onderdelen van beleid, voorbeelden van de rol die ongelijkheid in gezondheid op het betreffende onderdeel speelt. Vervolgens gaan we in op de vraag waarom er geen expliciet op ongelijkheid gericht beleid is, ondanks het feit dat dit aspect zo duidelijk in alle onderdelen van beleid te onderkennen is.

Doeleinden van beleid

Beleidsdoeleinden op het terrein van de volksgezondheid kan men ideaal-typisch in twee categorieën verdelen:

a. Doeleinden gericht op het bereiken of in stand houden van een bepaald gemiddeld *niveau* van gezondheid, al dan niet gericht op specifieke ziekten

b. Doeleinden gericht op de *verdeling* van gezondheid en ziekte.

In de praktijk zal men zelden doelstellingen in deze termen aantreffen. Veel gangbaarder zijn doelstellingen, gericht op voorzieningen, bijv. het in stand houden van een voor iedere burger toegankelijk systeem van gezondheidszorgvoorzieningen binnen bepaalde financiële grenzen. Achter een dergelijke formulering kan men zonder veel moeite in gezondheidstermen geformuleerde doelstellingen denken: Het systeem van gezondheidszorgvoorzieningen wordt geacht bij te dragen aan de volksgezondheid en de gelijke toegankelijkheid van het systeem moet ongelijkheid in gezondheid tegengaan. De financiële begrenzing overstijgt het niveau van het gezondheidsbeleid en is gebaseerd op een afweging van meerdere doeleinden van overheidsbeleid. Strikt genomen komen zelfs de kosten van de gezondheidszorg maar voor een zeer beperkt deel voor rekening van de overheid.

De twee gegeven typen doeleinden omvatten een breed scala van mogelijkheden. Interessant in dit kader is echter vooral hoe beide typen doelstellingen zich tot elkaar verhouden. Die verhouding is afhankelijk van de politieke filosofie die men aanhangt. In hoofdstuk 2 worden vier hoofdstromen onderscheiden:

- utilitarisme. Hierbij weegt een hoog gemiddeld niveau zwaarder dan de verdeling van gezondheid.
- egalitarisme. De tegenhanger van utilitarisme in dit verband.
- libertaire en verzorgingsstaatsfilosofie. In beide is het proces belangrijker dan de uitkomsten. Beide bevatten impliciete veronderstellingen over de resultaten die door bepaalde verdelingsmechanismen worden bereikt; in het libertaire stelsel de markt, en in de verzorgingsstaat de gelijke toegankelijkheid voor voorzieningen.

De samenhang tussen niveau en verdeling blijkt zowel bij historische als bij internationaal vergelijkende analyse voortdurend te veranderen. Op drie verschillende niveaus van volksgezondheid zou men een en ander als volgt kunnen typeren:

- In situaties waar het volksgezondheidsniveau laag is (o.a. gekenmerkt door een hoge zuigelingen- en kindersterfte en sterfte t.g.v. infectieziekten) is doorgaans ook sprake van een laag welvaartsniveau. Men zal dan trachten met minimale middelen een groot effect te bereiken. Het PAHO-CENDES planningsmodel is op dit uitgangspunt gebaseerd. (Ahumada 1965) Daarin worden alternatieven

afgewogen op basis van aantal voorkomen sterfgevallen in verhouding tot de kosten. Eén doel hiervan is natuurlijk het verlagen van het sterftecijfer. Maar deze aanpak heeft ook bepaalde verdelingseffecten omdat ziekten die veel voorkomen en goed te bestrijden zijn een hogere prioriteit krijgen.

- Als door uitbanning van honger en door eenvoudige preventieve maatregelen een hoger niveau van volksgezondheid is bereikt komt men in een situatie waarin de kosten van verdere gezondheidswinst snel toenemen. Het aksent verschuift naar kuratief-geneeskundige zorg. In praktische termen gaat het beleid dan in de richting van het opleiden van artsen en de bouw van ziekenhuizen. In deze opbouwfase van het voorzieningssysteem krijgt de verdeling van gezondheid relatief minder aandacht, o.a. omdat de meest zichtbare en schrijnende ongelijkheden zijn verdwenen. En de nog steeds schaarse financiële middelen worden in eerste instantie aangewend in de grote steden. Maar ook als iedereen toegang krijgt tot een basisniveau van voorzieningen, is het voor de meer welgestelden aantrekkelijk en mogelijk om tegen betaling gebruik te maken van een uitgebreider pakket voorzieningen.

- De samenhang tussen volksgezondheid en welvaart gaat ook op het hoogste niveau nog op. In de Westerse landen, waar men dit niveau aantreft, is vrijwel zonder uitzondering sprake van een zeer uitgebreid voorzieningssysteem met een hoog niveau van financiële en geografische toegankelijkheid. Het marktmechanisme is ofwel grotendeels uitgeschakeld (bijv. in Groot-Brittanië) of de negatieve verdelingseffecten van de markt worden middels sociale verzekeringen opgevangen (bijv. MEDICARE en MEDICAID in de Verenigde Staten). Het directe zicht op ongelijkheid in gezondheid is op dit niveau moeilijk en kan alleen aan statistische gegevens worden ontleend. De gelijke toegankelijkheid van voorzieningen wordt een doel op zich. Het feit, dat bijv. in Nederland ziekenfondsverzekerden een hogere medische consumptie vertonen dan partikulier verzekerden wordt door sommigen eerder in verband gebracht met de zgn. moral hazard (de verleiding om te consumeren omdat 'het toch niets kost') dan met mogelijke verschillen in gezondheidstoestand tussen beide groepen verzekerden.

Behalve het feit dat naarmate het niveau van de volksgezondheid hoger is, het meten van verschillen moeilijker wordt, speelt de verbreding van het gezondheidsbegrip een rol in de verandering van de doelstellingen. In de hierboven geschetste situaties met laag en intermediair gezondheidsniveau is het voorkomen van sterfte een eerste prioriteit. Bovendien zijn resultaten eenvoudig te meten. Maar als het sterftecijfer verder daalt krijgen andere aspecten meer aandacht en worden tot gezondheid gerekend. De operationalisatie

van bredere definities van gezondheid wordt dan echter aanzienlijk lastiger. Daarmee wordt ook de meetbaarheid van ongelijkheid verminderd.

De verbreding van het gezondheidsbegrip heeft niet alleen betrekking op de zgn. psychosociale aspecten. Voor de formulering van beleidsdoeleinden is wellicht nog belangrijker, dat aan de individuele beleving van gezondheid (nauw verwant met de psycho-sociale problematiek) een groter gewicht wordt toegekend dan in het verleden het geval was. Dit aspect speelt bijvoorbeeld een rol in de discussie over de erkenning van alternatieve geneeswijzen.

De erkenning van individuele belevingsaspecten brengt voor beleid ten aanzien van ongelijkheid in gezondheid verschillende nieuwe problemen met zich mee. De hoofdzaak is dat de wijze waarop gezondheid wordt beleefd in verschillende bevolkingsgroepen sterk uiteen kan lopen. De zgn. kulturele minderheden zijn bijvoorbeeld niet altijd even gelukkig met de visie op gezondheid en gezondheidszorg, die hen door de meerderheid wordt aangeboden. Maar ook die meerderheid is slechts schijnbaar homogeen, want tussen de diverse sociaal-ekonomische groeperingen en tussen geografische gebieden bestaan evenzeer belangrijke verschillen in gezondheidskultuur. In hoeverre dient in beleid aan deze verschillen recht te worden gedaan? Heeft iedere groepering recht op 'eigen' voorzieningen? Het niet erkennen van een afwijkende gezondheidskultuur kan worden opgevat als instandhouding van ongelijkheid. (de Jong 1985)

De gevolgen van een ruimer beleid in deze zijn echter moeilijk te overzien. Stel dat men een Vrijheid van Gezondheidszorg zou erkennen vergelijkbaar met de Vrijheid van Godsdienst. Dat lijkt op het eerste gezicht een aantrekkelijke gedachte. Een belangrijk verschil is echter dat de financiering van godsdiensten anders is geregeld dan van gezondheidszorg. Afgezien van bepaalde subsidies en faciliteiten voorzien de kerkgenootschappen zelf in de benodigde middelen (Zo voorzagen ze vroeger ook in gezondheidszorg).

Gezondheidszorg is echter een sociale voorziening waaraan in beginsel iedereen financieel bijdraagt. Een Vrijheid van Gezondheidszorg zou met zich mee brengen, dat men zou mee moeten betalen aan de in principe niet controleerbare voorzieningen van anderen. Als bepaalde groeperingen meer of duurdere voorzieningen in het leven roepen dan andere, verbruiken ze ook een relatief groter deel van de beschikbare middelen. Een meetinstrument voor de baten of effecten van voorzieningen zou in dat geval ook ondenkbaar zijn, laat staan dat een afweging van kosten en baten mogelijk zou zijn. En dat kan dan tot nieuwe ongelijkheden aanleiding geven.

De discussie over doelstellingen van het gezondheidsbeleid kreeg in de tijd dat initiatieven voor nieuwe voorzieningen gehonoreerd

konden worden minder aandacht. Volgens sommigen is het systeem in die periode ook volstrekt uit de hand gelopen. Niettemin blijkt het bijzonder moeilijk aan te geven waar eventueel bezuinigd zou kunnen worden. Het lijkt er eerder op dat met bestuurlijke middelen gezocht wordt naar wegen om deze vragen uit de weg te kunnen gaan: verschuiven van tweede lijn naar eerste lijn, budgettering en decentralisatie zijn enkele van de begrippen die in dit verband opgeld doen.

Middelen

Ongelijkheid in gezondheid kan op twee punten worden aangepakt: bij de oorzaken en bij de gevolgen. Het eerste is in beginsel natuurlijk aantrekkelijker dan het tweede. Maar het aanpakken van de oorzaken van ongelijkheid is een moeilijke opgave, want ze zijn in de eerste plaats niet precies bekend en ze liggen, voor zover ze wel bekend zijn, merendeels buiten het gebruikelijke domein van het gezondheidsbeleid. Ongelijkheid in gezondheid staat niet los van ongelijkheid op andere gebieden.

Echter, vooral door sociaal-medische onderzoekers wordt bepleit om ook bij beslissingen op andere beleidsterreinen dan volksgezondheid gezondheidsoverwegingen te betrekken. (Hagen 1978) Dit veronderstelt echter wel een andere benadering van gezondheidsbeleid dan thans gehanteerd wordt. We komen hierop aan het einde van de paragraaf over beleid terug.

Dichter bij de traditionele opvatting van gezondheidsbeleid ligt de aanpak van de gevolgen of symptomen van ongelijkheid in gezondheid; ziekte. Het is een bekend gegeven dat de huidige opbouw van het voorzieningssysteem niet voort is gekomen uit gerichte planning. Planningsactiviteiten, voornamelijk op de intra-murale sektor gericht, zijn pas van vrij recente datum en ze zijn nog van beperkte invloed op de spreiding van voorzieningen. Van sturing van de activiteiten, die binnen instellingen plaatsvinden, is nog minder sprake. Zo bleek uit een recent onderzoek naar de oorzaken van de grote kostenverschillen tussen ziekenfondsen, dat deze voor plm. de helft worden verklaard door de opbouw van het verzekerdenbestand naar leeftijd en geslacht, alsmede verschillen in gezondheidstoestand en voor plm. de helft door verschillen in aanbod.

De overheid heeft in deze duidelijk een taak. De grondwettelijk vastgelegde opdracht om voorzieningen voor de volksgezondheid te treffen houdt meer in dan het zorgen voor een bepaald niveau van voorzieningen. Vooral nu men zich opnieuw bewust wordt van het feit, dat gezondheidszorg veel middelen vergt, mag de burger verwachten dat de beschikbare middelen optimaal worden verdeeld. In het afgelopen 15 jaar hebben in het beleid vooral structuuraspekten

de aandacht gekregen, hetgeen o.a. tot uiting komt in activiteiten op het terrein van wetgeving. Voorts is de laatste jaren de beheersing van de kostenontwikkeling een centraal thema geweest.

In een structuurbeleid dat door dergelijke thema's wordt beheerst krijgen rechtvaardigheidsoverwegingen minder aandacht. In het beleid is echter een kentering in de richting van aandacht voor gezondheid te bespeuren, hetgeen bijvoorbeeld blijkt uit de ontwikkeling van scenarioplannen voor belangrijke volksgezondheidsproblemen.

Op dit moment krijgt de inhoud van de zorg voornamelijk beleidsaandacht in de vorm van beperking van nieuwe ontwikkelingen. Maar dat kan slechts voor een beperkte periode. Want het belangrijkste beleidsmotief voor die beperkingen is het feit dat bestaande voorzieningen moeilijker te reguleren zouden zijn dan nieuwe. Maar dat kan inhouden dat bestaande voorzieningen, die een geringe bijdrage aan de volksgezondheid leveren, de voorkeur krijgen boven een nieuwe voorziening, die mogelijk effectiever is. De Grondwet lijkt de overheid tot grotere zorgvuldigheid in deze te dwingen.

Effekten

De beoordeling van de effectiviteit van voorzieningen is een zaak, die tot nu toe voornamelijk aan professionals is overgelaten. Dat past ook bij het professionele karakter van gezondheidszorg: het zijn de beroepsbeoefenaren die over de nodige kennis beschikken. Deze benadering van effectiviteit is echter nu niet meer zo vanzelfsprekend als vroeger.

De nadruk die in het huidige voorzieningssysteem ligt op 'cure' ten koste van 'care' is o.a. gevolg van de professionele benadering van effectiviteitsbeoordeling. Dat is ook goed verklaarbaar: artsen zijn opgeleid om patiënten te genezen, niet om ze te verzorgen.

De professionele benadering van effectiviteit staat op twee fronten onder druk. In de eerste plaats zijn er groeperingen, die menen dat naast het professionele oordeel ook dat van de individuele patiënt en dat van de samenleving mee moeten wegen in de beoordeling. Dit sluit aan bij het onderzoek naar klinische besluitvormingsprocessen, waar, weliswaar binnen door professionals gegeven kaders, de voorkeuren van de patiënt onmisbaar blijken voor een zorgvuldige besluitvorming. Tussen eerder genoemde groeperingen, waaronder bijvoorbeeld aanhangers van alternatieve geneeswijzen, en laatstgenoemde onderzoekers is een belangrijk verschil: bij de door onderzoekers ontwikkelde modellen van klinische besluitvorming blijft het besluitvormingsproces controleerbaar en objectiveerbaar. Ondanks het feit dat rekening wordt gehouden met individuele voorkeuren blijft de besluitvorming en dus de verdeling van middelen die eruit voortkomt democratisch controleerbaar. Geeft men aan individuele

preferenties een volledig zelfstandige betekenis, dan is natuurlijk de voorkeur van de één niet van groter gewicht dan die van een ander: dit zou een keuze voor een libertaire verdelingsfilosofie impliceren.

Dit sluit aan bij het andere type kritiek op de professionele effectiviteitsbeoordeling. Niet alleen vertoont deze een bias ten gunste van 'cure', het professioneel beoordelingsproces heeft een sterk utilitair karakter. Men zal geneigd zijn prioriteit te geven aan de ingrepen die het meeste resultaat opleveren. En dat kan betekenen dat bepaalde groepen patiënten die minder goed te behandelen zijn, maar wel gebaat zouden zijn bij goede verzorging en/of revalidatie (chronisch zieken en gehandicapten), relatief minder aandacht krijgen. Op dit punt lijkt sturing buiten het gezondheidszorgsysteem gewenst om te voorkomen dat een onevenredig deel van de beschikbare middelen naar de curatieve sektor wordt gezogen.

Beleidsinstrumenten

Beleidsinstrumenten zijn de middelen die de overheid kan hanteren om beleid voor te bereiden, beslissingen te nemen en beleid uit te (doen) voeren. Eén van die instrumenten, (sociaal-medisch)onderzoek, krijgt in dit proefschrift de aandacht. Voor het vraagstuk van ongelijkheid in gezondheid is echter ook de keuze van de andere instrumenten van belang. Een paar voorbeelden:

- Voor de voorbereiding van beleid zijn adviesorganen ingesteld. In deze organen zijn belangenorganisaties van (potentiële) patiënten beperkt vertegenwoordigd. Op een in september 1985 gehouden congres over de positie van de konsument in de gezondheidszorg werd gekonstateerd dat deze nog steeds relatief zwak is. (Van de Ven ea 1986) Dit ondanks de beleidsintenties die al vanaf de Struatuurnota Gezondheidszorg worden verwoord. Weliswaar heeft in een enkel adviesorganen een konsumentenvertegenwoordiger een plaats gekregen, op het niveau van de instellingen is nog minder vooruitgang geboekt.

- Het financieringsstelsel op basis van verzekeringen heeft (net als ieder ander stelsel) een zelfstandige invloed op de verdeling van middelen, die de maatschappelijk gewenste verdeling kan doorkruisen. Zowel voor de konsument als voor de aanbieder van zorg bevat dit systeem prikkels en remmen die nauwelijks gerelateerd zijn aan de gezondheidsproblemen, waarvoor het voorzieningssysteem is opgezet. (Evans 1981) Of dit te vermijden is is weer een andere vraag: in ieder systeem zal verlies van efficiëntie en regelrecht misbruik plaatsvinden.

Hetgeen in dit proefschrift vanuit sociaal-medische optiek wordt opgemerkt moet derhalve worden gezien als één van invalshoeken voor het analyseren van beleid.

Zorgbeleid of gezondheidsbeleid?

In het voorafgaande is getoond, dat op alle onderdelen van beleid overwegingen van ongelijkheid in gezondheid, zij het vaak impliciet, een rol van betekenis spelen:

- doelstellingen van beleid houden impliciet een uitspraak in met betrekking tot de (on)wenselijkheid van ongelijkheid
- de verdeling van middelen is vrijwel per definitie gerelateerd aan ongelijkheid, alhoewel dit (bij het ontbreken van) in een planningsmechanisme niet direkt zichtbaar hoeft te zijn
- bij de beoordeling van effecten van zorg speelt de belangrijke vraag wie daarover mag oordelen en met name het gewicht dat het oordeel van de patiënt wordt toegekend
- bij de keuze van beleidsinstrumenten wordt invulling gegeven aan de beslissingen die t.a.v. de andere onderdelen zijn genomen. Daarbij kunnen echter ook zelfstandige gelijkheidsoverwegingen, bijvoorbeeld op het gebied van democratisering, een rol spelen.

Toch zal men in officiële stukken van de overheid nauwelijks verwijzingen hiernaar vinden. Voor dit verschijnsel zijn twee verklaringen te geven. De eerste is dat ongelijkheid in gezondheid een politiek dusdanig gevoelig onderwerp is dat men een discussie erover niet graag aangaat. Erg plausibel is deze verklaring niet, want op andere terreinen zoals inkomensverdeling of onderwijs, heeft men weinig schroom om een politiek debat aan te gaan.

De tweede mogelijke verklaring lijkt aannemelijker. Deze houdt in dat algemeen werd veronderstelt dat het gezondheidszorgsysteem een dusdanige omvang en toegankelijkheid heeft dat er geen onnodige ongelijkheid in gezondheid meer zou bestaan. Men veronderstelt, volgens Morris ten onrechte, dat 'equal access' ook 'equitable access' inhoudt.

Men kan zich afvragen of een op voorzieningen gericht beleid wel voldoende rekening kan houden met ongelijkheid. Ook de beleidsinstrumenten die thans worden gehanteerd belemmeren het ontwikkelen van een op gezondheid gericht beleid: het beleid wordt nu vooral bepaald door de degenen die belangen van bepaalde voorzieningen en beroepsgroepen vertegenwoordigen.

Zweden is één van de eerste landen waar men dit tracht te doorbreken door beleid te formuleren in termen van gezondheidsdoelen. (Schrijvers 1983)

Naast de reeds eerder genoemde externe druk die door de WHO wordt uitgeoefend, zijn in ons land twee ontwikkelingen gaande die in dezelfde richting gaan. Dat is in de eerste plaats de ontwikkeling van scenario's, die als ze inderdaad in het beleid doorwerken, kunnen leiden tot een gezondheidsbeleid.

De andere ontwikkeling die in dit verband van belang is is de discussie over de 'grenzen van de zorg'. De aanleiding voor deze discussie is de beperkte beheersbaarheid en voorspelbaarheid van nieuwe technologische ontwikkelingen. Maar zoals o.a. blijkt uit de grenzen die de Staatssekretaris van de Volksgezondheid in zijn adviesaanvraag (1983) aan de Gezondheidsraad en aan de Nationale Raad voor de Volksgezondheid onderscheidt zijn de werkelijke grensproblemen fundamenteeler van aard. Nieuwe technologie is slechts één van de ontwikkelingen in de gezondheidszorg die voortdurend dwingen tot herbezinning over doelstellingen en verdeling van middelen.

In het slothoofdstuk komen we op de mogelijke uitwerking van een gezondheidsbeleid voor ons land terug.

SOCIAAL-MEDISCHE WETENSCHAP

De titel van dit proefschrift vermeldt het begrip 'sociaal-medisch onderzoek'. Met deze term wordt een deel van de medische wetenschappen bedoeld, niet één bepaalde discipline.

De medische wetenschappen kan men in drie clusters verdelen:

- medisch-biologische, waarin de biologische mechanismen van gezondheid en ziekte worden onderzocht. Het analyseniveau is hier het *organisme*.

- klinisch-medische, waarbij de praktische vraag hoe *patiënten* met bepaalde ziekten genezen kunnen worden, het hoofdonderwerp van onderzoek is.

- sociaal-medische, waarbij gezondheid en ziekte in de kontekst van de materiële en de sociale omgeving worden bestudeerd. Hier zijn de analyses primair gericht op het niveau van de *volksgezondheid*.

De drie clusters van medische wetenschappen zijn alledrie multidisciplinair. Wel zal de betekenis van verschillende disciplines uiteenlopen. In de sociaal-medische cluster wordt veelvuldig gebruik gemaakt van methoden en konsepten uit populatie-gerichte disciplines als demografie, epidemiologie en medische sociologie.

De kern van alle medische wetenschappen is echter dezelfde: de aandacht voor de gezondheidsproblemen zoals die zich in de samenleving voordoen. Het verschil zit in de termen waarin men deze problemen definieert en in de richting waarin oorzaken en oplossingen worden gezocht.

Het verschil tussen sociaal-medische wetenschap en sociale wetenschappen is dat de eerste op gezondheidsproblemen is gericht, terwijl de laatste zijn gericht op algemene kennisverwerving en theorievorming die desgewenst ook op gezondheidsproblemen kan worden toegepast.

OPBOUW VAN HET PROEFSCHRIFT

In de volgende hoofdstukken wordt een aantal elementen van het hierboven geschetste onderwerp belicht.

De eerste twee hoofdstukken gaan expliciet over ongelijkheid in gezondheid als beleidsprobleem. Hoofdstuk 2 'Justice and Health for All' traceert het verband tussen normatieve politieke theorieën enerzijds en gezondheidsbeleid anderzijds. De analyse in hoofdstuk 3 'De verdeling van de pijn; sociaal-medische aspecten van allokatie in de gezondheidszorg' worden beschikbare kennis en inzichten ten aanzien van het functioneren van gezondheidszorg gebruikt voor de opbouw van een model voor verdeling van middelen binnen de gezondheidszorg.

De laatste twee hoofdstukken gaan over de betekenis van statistieken en onderzoek voor beleid. De strekking daarvan is breder dan het onderwerp ongelijkheid, maar ze zijn opgenomen omdat ze voor onderzoekers op dit gebied van grote praktische betekenis zijn.

Hoofdstuk 4 'Kennis is macht, maar macht is meer dan kennis' geeft een overzicht van de relatie tussen onderzoek en beleid. Het feit dat zelfs onderzoek, waartoe vanuit het beleid een opdracht is verstrekt, niet of nauwelijks wordt gebruikt is een probleem dat de laatste jaren veel aandacht heeft gekregen. Onderzoek naar ongelijkheid is op dit punt extra gevoelig. Het Engelse Black-report 'Inequalities in Health' is een fameus voorbeeld van een wetenschappelijk rapport dat om politieke redenen in beleid genegeerd wordt. Hoofdstuk 5 geeft de resultaten weer van een onderzoek naar een aspect dat in dit verband opvallend weinig aandacht heeft gekregen: het gebruik van gezondheids(zorg)statistieken in het beleid.

Het geheel wordt afgerond met de discussie in hoofdstuk 6.

Literatuur

- Ahumada, J. ea., Health planning; problems of concept and method. Pan American Health Organization, Washington DC 1965
- Berg, J. van den, Contact met de tandarts, 1974-1983. Maandbericht Gezondheidsstatistiek 4,nr.1(1985)5-14
- Blaxter, M. & E. Paterson, Mothers and daughters. Heinemann, London 1982
- Brekel, E.J.G. van den, Fysiotherapie in Nederland, 1974-1983. Maandbericht Gezondheidsstatistiek 4,nr.2(1985)5-16
- Caplan, A.L., H. Tristram Engelhardt Jr. & J.J. McCartney (eds.), Concepts of health and disease. Addison-Wesley, Reading MA 1981
- Cartwright, A., What goes on in the General Practitioners Surgery? In: R.M. Acheson & L. Aird (eds.), Seminars in community medicine, vol. I, sociology. Oxford University Press, London 1976
- Cassel, J., Physical illness in response to stress. In: S. Levine & N.A. Scotch (eds.), Social stress. Aldine Publ. Comp., Chicago 1970, p. 189-209
- CBS (Centraal Bureau voor de Statistiek), Sterfte ten gevolge van hart- en vaatziekten 1950-1967. Staatsuitgeverij, 's-Gravenhage 1969
- CBS (Centraal Bureau voor de Statistiek), Gehandicapten wel geteld, deel 1 Kerncijfers. Staatsuitgeverij, 's-Gravenhage 1974
- Centraal Bureau voor de Statistiek/Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne, Compendium Gezondheidsstatistiek 1979. Staatsuitgeverij, 's-Gravenhage 1979
- Crawford, R., You are dangerous to your health: the ideology and politics of victim blaming. International Journal of Health Services 7(1977)663-680
- Desplanques, G., La mortalité des adultes suivant le milieu social 1955-1971. No. 195 des collections de l'INSEE, série D, no.44, Paris 1976
- Diesfeldt, H.F.A., Levensverwachting van patiënten in twee psycho-geriatrische verpleeghuizen. Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde 57(1979)343-350
- Diskussienota Stimuleringsprogramma Gezondheidsonderzoek. Minister van Onderwijs en Wetenschappen, Staatssekretaris van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur, juni 1985
- Evans, R.G., Incomplete vertical integration: the distinctive structure of the health-care industry. In: J. van der Gaag & M. Perlman (eds.), Health, economics, and health economics. North-Holland Publ. Comp., Amsterdam 1981, pp. 329-354
- Eyles, J. & K.J. Woods, The social geography of medicine and health. Croom Helm, London 1983
- Fokkens, O., Consumptieverschillen particulier- en fondsverzekerden. In: De Jong 1980, p. 129-132
- Fox, A.J. & P.O. Goldblatt, Longitudinal study: Socio-demographic mortality differentials. England and Wales, 1971-1975. Office of Population, Censuses and Surveys, Series LS No.1.HMSO, London 1982
- Fox, A.J., P.O. Goldblatt & D.R. Jones, Social class mortality differentials; artefact, selection or life circumstances? Journal of Epidemiology and Community Health 39(1985)1-8
- Hagen, J.H., Gezonde groei of groeiende gezondheidszorg? Economisch-Statistische Berichten 63(1978)920-926
- Häkämä, M. & U. Räsänen-Virtanen, Effect of a mass screening program on the risk of cervical cancer. American Journal of Epidemiology 103(1976)512-517
- Jansen, I., Medische en maatschappelijke determinanten van sterfte in hoogontwikkelde landen, 1870-1980. NPDO onderzoeksrapport nr. 17, Voorburg 1983
- Jong, G.A. de (red.), Ongelijkheid in gelijkheid en gezondheidszorg. Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde 58(1980) supplement
- Jong, G.A., Health care policy and the position of ethnic minorities; philosophical considerations. In: Migrants' health; proceedings of the consultative group on ethnic minorities, The Hague, 28-30 November 1983. World Health Organization, Office for Europe, Copenhagen 1985

- Joossens, J.V., De epidemiologische betekenis van het keukenzout. In: P.G. Gerlings ea. (red.), *Het Medisch Jaar 1978*. Bohn, Scheltema & Holkema, Utrecht 1978, p. 17-31
- Kasl, S.V. & S.Cobb, Health behavior, illness behavior and sick-role behavior. *Archives of Environmental Health* 12(1966)531-541
- Kuiper, J.P., De betrekkelijke waarde van gezondheid en gezondheidszorg. *Medisch Contact* 33(1978)1019-1025
- Kräupl Taylor, F., *The concepts of illness, disease and morbus*. Cambridge University Press, Cambridge 1979
- Laar, F. van, Jeugdgezondheidszorg en sociale ongelijkheid. *MGZ* 9, Nummer 11(1981)14-18
- Lau-IJzerman, A., J.D.F. Habbema, P.J. van der Maas, T. van den Bos, J.B.J. Drewes, P.M. Verbeek-Heida & J.W. Oosterbaan, *Vergelijkend buurtonderzoek naar sterfte, ziekenhuisopname en langdurige arbeidsongeschiktheid in Amsterdam; eindrapport*. Instituut voor Sociale Geneeskunde, Universiteit van Amsterdam 1980
- Lazare, A., Hidden conceptual models in clinical psychiatry. *New England Journal of Medicine* 238(1973)345-351
- Leacock, E.G., *The culture of poverty; a critique*. Simon & Schuster, New York 1971
- Lewis, O., *The culture of poverty*. *Scientific American* 215(1966)16-25
- LISZ (Landelijk Informatie Systeem Ziekenfondsen), *Jaarboek LISZ '84*. Vereniging Nederlandse Ziekenfondsen, Zeist 1985
- Maslow, A. & B.Mittelman, The meaning of 'healthy' ('normal') and of 'sick' ('abnormal'). In: Caplan ea 1981, p. 47-56
- McKinlay, J.B., Some approaches and problems in the use of services - an overview. *Journal of Health & Social Behavior* 13(1972)115-152
- Meeren, W.B.J.M. van der & A.A.W.M. van der Heijden, *Immunisatietoestand naar buurt in Eindhoven*. In: De Jong 1980, p. 44-46
- Mennell, S., *All manners of food; eating and taste in England and France from the middle ages to the present*. Basil Blackwell, Oxford 1985
- Morris, J.N., Social inequalities undiminished. *Lancet* i(1980)87-90
- Nationaal Programma Demografisch Onderzoek, *Rapport van de ad-hoc werkgroep Sterfte*. Staatsuitgeverij, 's-Gravenhage 1981
- Nijhof, G., *Sociale ongelijkheid en psychische storingen*. Link, Nijmegen 1979
- OPCS (Office for Population Censuses and Surveys), *Occupational mortality; the Registrar General's decennial supplement for England and Wales, 1970-1972*. HMSO, London 1978
- Rijcken, H.C.J., *Ischaemische hartziekten als aanpassingsstoornis in de overgang van armoede naar welvaart*. *Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde* 60(1982)158
- Schneider, H.J., *Verschillen in de gezondheid van de Rotterdamse bevolking*. In: De Jong 1980, p. 107-114
- Schrijvers, G., *Gezondheidsplanning in plaats van gezondheidszorgplanning*. *Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde* 61(1983)466-471
- Sloekers-van der Eijden, Th.M.J., *Lengte van kinderen als gezondheidsindicator*. In: De Jong 1980, p. 33-34
- Smith, B.E., *Black lung; the social production of disease*. *International Journal of Health Services* 11(1981)343-359
- Staatscommissie Bevolkingsvraagstuk, *Bevolking en welzijn in Nederland (eindrapport)*. Staatsuitgeverij, 's-Gravenhage 1977
- Staatssecretaris van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur, *Concept-adviesaanvraag aan de Gezondheidsraad en de Nationale Raad over de grenzen van de gezondheidszorg*. Tweede Kamer, vergaderjaar 1983-1984, 18100 hoofdstuk XVI, nr. 26
- Terpstra, J.B., *Preventie en sociale ongelijkheid: een interpretatie van onderzoeksresultaten*. *Sociologische Gids* 27(1980)146-159
- Townsend, P. & N. Davidson (eds.), *Inequalities in health: the Black report*. Penguin Books 1982
- Tristram Engelhardt Jr., H., *The concepts of health and disease*. In: Caplan ea 1981, p. 31-45

- Tudor Hart, J., The inverse care law. *Lancet* i(1971)405-412
- Ven, W.P.M.M. van de, F.A. Nauta, R.C.J.A. van Vliet & F.F.H. Rutten, Inventarisatie en achtergronden van de consumptieverschillen tussen ziekenfonds- en particulier verzekerden. *Gezondheid en Samenleving* 1(1980)224-254
- Ven, W.P.M.M. van de, R.T.J.M. Janssen, F.F.H. Rutten, H.E.G.M. Hermans & P.J.M. van Wersch, Verslag congres 'Gezondheidszorg: naar meer invloed van de consument', 6 september 1985 te Deventer. *Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg* 64(1986)326-343
- Verdonk, A.L.T., Stadsbuurten: de ene is de andere niet. Van Loghum Slaterus, Deventer 1979
- World Health Statistics Annual 1978, Vol. 1: Vital statistics and causes of death. World Health Organization, Geneva 1978
- World Health Organization/United Nations Children's Fund, Primary health care: report of the Alma-Ata conference. WHO, Geneva 1978
- Zielhuis, R.L., Sociale geneeskunde en sociale ongelijkheid in gezondheid. In: *De Jong* 1980, p. 19-32

JUSTICE AND HEALTH FOR ALL

GASPARD A. DE JONG* and FRANS F. H. RUTTEN

Department of Health Care Administration, Erasmus University, Rotterdam and
Department of Health Care Economics, Rijksuniversiteit Limburg, The Netherlands

Abstract—The ethical aspects of the distribution of resources for health care at the macro level deserve more study than they have hitherto received. The socio-medical and economic policy implications of four distribution principles are reviewed: the utilitarian, the egalitarian, the equal access and the libertarian. Policy in welfare states is primarily based on the equal access principle. Economic factors have led to policy proposals in libertarian and utilitarian directions; competition, cost-sharing, cost-effectiveness and individual responsibility are central to the discussion. The authors conclude that it remains to be seen whether these alternatives produce the results expected. They recommend more comprehensive examination of the practical and political feasibilities of a more egalitarian policy.

"The conference strongly reaffirms that health, which is a state of complete physical, mental and social wellbeing and not merely the absence of disease or infirmity, is a fundamental human right and that the attainment of the highest possible level of health is a most important world-wide social goal whose realization requires the action of many other social and economic sectors in addition to the health sector [1].

1. INTRODUCTION

Attaining the highest possible level of health for all is a goal to be achieved by careful use of our resources in terms of manpower, capital and knowledge. The problem is two-fold: On the one hand there is the question of the means and methods for promoting health: fighting poverty and hunger is probably more effective than providing high technology medical care [2]. On the other hand there is the question of inequalities: general inequalities and inequalities in health. Each discipline defines the problem of inequality differently [3]. Some health inequalities are inevitable and others are not. And whether unnecessary inequalities are avoided depends to a large extent on the methods chosen to promote health. But how are the choices to be made?

At this point philosophers should be able to help. Indeed, they have come to recognize the distribution of resources for health purposes at the macro level as an important issue [4]. Previously their interest was more in micro-level distribution, e.g. the selection of patients for renal dialysis [5]. But the study of distribution principles in health care is still in its early stages.

In this paper we review the implications for health policy of four well-known distribution principles: utilitarianism, egalitarianism, libertarianism and the equal access principle. Analysis is focused on the

socio-medical and economic implications, rather than on the philosophical merits of these principles. After a brief discussion of distribution principles and of the concepts of health and health care, we analyse the influence of the distribution principles on the choice of health care strategies and on the question of rights to health and health care. These policy implications are evaluated on their practical aspects and their consequences for the distribution of health. The analysis is then reversed by studying developments in health policy as they are now taking place in Western countries: cost containment, competition, individual responsibility. The distribution principles behind these policies and their probable effects are analysed.

This review is limited to Western countries, particularly welfare states such as The Netherlands.

2. DISTRIBUTION PRINCIPLES

The literature presents a steadily growing number of principles [6] for the distribution of health care resources. Sometimes the differences are fundamental, but in many cases the proposals are only slightly refined versions of existing ones. We limit ourselves to a discussion of four basic principles of distribution [7]. Designing a typology of distribution-principles is complicated by the fact that different principles operate at different levels: there are the *structural* principles which provide broad outlines of how society should function, the *process-oriented* principles which focus on the method of distribution and the *outcome-oriented* principles. Consider first, for example, principles which focus on the *outcome* of the distribution process; utilitarianism and egalitarianism.

In a *utilitarian* distribution the surplus of benefits over costs is maximized [8]. In health economics this is usually the guiding principle [9, 10]. But critics of medical care also use it when describing the decreasing marginal returns of investment in high-technology care [11]. The main argument in favour of a utilitarian mode of distribution is that it makes the most efficient use of scarce resources. But efficiency is not necessarily the most important value in health

*Please address all correspondence and reprint requests to:
Gaspard A. de Jong, Department of Health Care
Administration (SAG), Erasmus University Rotterdam,
P.O. Box 1738, 3000 DR Rotterdam, The Netherlands.

policy. As we shall show in our analysis, the application of utilitarianism alone in health policy would yield several results which do not fit into the value system of most Western countries.

Egalitarianism is interpreted here as the principle which aims to equalize health status in the population as much as possible [12]. This means that those most in need will be assigned the highest priority in an egalitarian health policy. Such a policy therefore, cannot be as efficient [13] as a utilitarian policy. Attempts have been made to combine the two principles; these usually involve a utilitarian distribution with safeguards in the form of a reasonable minimum level of care for everyone [14].

At the next level the principles focus on the distribution process itself. The *equal access principle* is popular in welfare-states [15]. To a large extent, it avoids having to judge the effectiveness of services or the needs of individuals. It does not really matter what is provided, or how much, as long as everyone has equal access. This rule has the obvious advantage of being practical, certainly within the policy setting. Policy makers can limit their attention to financial and geographical barriers. The equal access rule has also played an important role in federal health policy in the United States: Medicare and Medicaid have removed financial barriers and special programmes to provide for medically underserved areas have been initiated to reduce geographic variations in service provision.

The counterpart of the equal access rule is the *libertarian* principle, based on the philosophy of natural rights, in particular the right to private property [16]. For the libertarian, the distribution of services should be the result of freely negotiated transfers in the market-place. The results may be unfortunate for some people, but as long as the rules have been properly applied they cannot be considered unfair. Some physicians feel that this is the right way to distribute their services. Libertarians not only claim to have the greatest respect for individual freedom, they are also champions of efficiency. The free market with its competitive forces is regarded as the best guarantee for an efficient distribution.

Some political philosophies mainly provide *structural* principles which indicate the conditions under which specific distribution principles are to be decided upon. In the *socialist* philosophy, for instance, the re-arrangement of economic forces is considered as a basic prerequisite condition for a distribution of resources which will better serve the interests of the entire population instead of only a small fraction [17]. Distribution according to need is the principle given, but this is too general to be of use in our analysis [18].

From the perspective of *contract theory*, especially Rawls' 'original position', another set of conditions applies for deciding on fair distribution principles [19]. Neither Rawls nor Marx nor other socialist philosophers have written specifically on the application of their ideas to health policy, nor have their interpreters offered any distribution principles for health care which are fundamentally different from the four already mentioned [20, 21].

Regarding the theory of justice as presented by Rawls one might argue that the welfare state represents a system close to his original position. There are

social inequalities in the chances of remaining healthy. It might be for this reason that the maximin-rule closely resembles recent proposals for a safety-net approach in the social policy of Western countries [22].

3. CONCEPTS OF HEALTH AND HEALTH CARE

Before proceeding with our analysis, a clarification of the concepts of health and health care is needed. This is partly because we use health care in a broader sense than usually is the case. Also, this will serve as a reminder of the complexity of the concepts and the many ways in which they may be approached. Furthermore, the elaboration of these concepts provides a number of points on which distribution principles may be assessed particularly the concept of need and the priority we give to various health care options.

Health

In the sociological literature it is common to distinguish disease, illness and illness-behaviour as forms of non-health [23]. For the purpose of our analysis we differentiate between three approaches or frames of reference for health and non-health.

The *professional approach*, where health and non-health are defined within the analytical framework of a professional care model. Matter such as needs, causes and effects are measured by professionals.

The *individualistic approach*, accepts the primacy of individual perceptions and definitions of health and non-health.

The *social consequences approach*, defines health and non-health by its social consequences, such as the utilization of health services, sickness absenteeism and inability to fulfil role-obligations. These categories correspond to those used by Bradshaw in his taxonomy of social need [24]: objective need (defined by professionals), felt need and demand. His fourth category, comparative need, is different in kind and implies a distribution principle: similar treatment for similar cases [25].

In the design of national health information systems, which are supposedly responsive to the data needs of policy makers, the approach to health is usually implicit rather than explicit. Social consequences often receive most attention because they are the most easily measured. Epidemiological or survey data on individual perceptions of health status are comparatively rare. The limited value of mortality statistics for health planning purposes is recognized, but progress towards more comprehensive statistics is slow [26]. This fact is probably related to the more process-oriented modes of distribution which prevail in health policy.

Causes of variance in health status. Health is not equally distributed and the causes of health inequalities are complex. The factors responsible may be grouped under five headings:

socio-economic factors (e.g. the distribution of wealth, income and knowledge);
environmental factors (e.g. pollution, climate);

cultural and behavioural factors (e.g. health beliefs, attitudes, life-style);

distribution of health services;

biological factors (e.g. age, sex, race) and *unexplained variance* (natural lottery).

The effects of each of these categories is well documented, despite the fact that it is virtually impossible to calculate the precise contribution of each factor to variance in health status [27].

It is interesting to note the difference between countries in the statistics they collect on these factors. In England and Wales, for example, data on occupational mortality have been routinely collected for a long time. But in the Netherlands, a belief that equal access to health services leads to the disappearance of social inequalities in health was so strong, such data were never collected [28].

Health care

Each category of causes of variance in health relates to a possible course of action to promote or redistribute health:

changing the distribution of wealth, income and other social goods and increasing the overall level of welfare;

environmental hygiene and safety measures (primary prevention);

changing individual behaviour and attitudes towards health and disease. Health education campaigns and the effort to increase awareness of individual responsibility for health in Western countries are examples of this approach;

providing and redistributing health services.

Each of these options has its specific merits within the various distribution principles. Biological factors and unexplained variance are beyond human control. This means that the major source of variance in health must be accepted as given. Only social inequalities can be removed, not biological inequalities. Sometimes social and biological inequalities overlap as in the case of race. But a problem such as the health care for blacks in the United States must of course be treated as a social problem [29].

Functions of health services

One of the most interesting options for our analysis is the provision of health services. This may not be the most effective way to promote or redistribute health, but it is traditionally the most prominent way in the health policy of Western countries. Because health services are often confused with the activities of physicians, we explicitly recognize four functions of health service in our analysis:

the early detection and treatment of the pre-clinical stages of disease (secondary prevention, screening);
the diagnosis and treatment of clinically manifest disease (curation);

assistance in activities of daily living (care);

activities aimed at reducing or compensating for the social consequences of non-health (rehabilitation).

These functions cut across institutions and professions in health services. The distinction between

them facilitates the analysis of health policy because they are more easily related to needs and outcomes than, for example, other parameters such as the number of hospital beds or of physicians [30]. Each function also requires a different approach to health status. When analysing screening for early detection of disease or curation, a medical disease model (on which these activities are based in the first place) seems most appropriate for measuring needs and outcomes. But for care and rehabilitation functions an individualistic or social-consequences approach is probably more useful. Only the patient himself is able to judge whether he feels capable of functioning without outside help.

4. IMPLICATIONS FOR HEALTH POLICY

We now explore the implications for health policy of each of the four distribution principles we have specified. For the sake of clarity we proceed on the unrealistic assumption that the principles are applied without compromise. The next section reverses the process by analysing actual policies and policy-proposals.

A further assumption we make is that the social value of good health is equally high under each policy. A reasonably large proportion of available resources will therefore be allocated to health care either at the individual or at the community level. How this total share is arrived at is a question beyond the scope of our analysis [31].

First there is the priority to be attached to each of the theoretically available care options, ranging from income redistribution to the provision of health services. (It is interesting to note that in most discussions of this topic by ethicists only the distribution of health services, particularly medical treatment, is considered. From a socio-medical point of view, however, the choice of care options is more relevant. Even the best of treatment cannot correct social inequalities.)

After obtaining a general view of the likely policies for each distribution principle, the question of rights to health and/or health care is raised. Rights are analysed after the distribution principles because the content of a right to health or to health care has no practical meaning outside the framework of a distribution principle [14].

The results of the analysis up to this point are summarized in Table 1. The application of each distribution principle is not without problems. The next part of our analysis considers the practical problems involved. Finally, the effects on the distribution of health are assessed for each principle.

Policy options

Redistribution of income. The socio-economic determinants of health represent a cluster of highly correlated variables such as income, education, employment status and housing [32]. Considering the available evidence it does not appear unreasonable to assume that redistributing income in favour of the worst-off will benefit their health status much more than it will harm the health status of the rich.

Table 1. Implications of four distribution principles for health policy.*

Policy options	Distribution principle		
	Utilitarian	Egalitarian	Libertarian
Income redistribution	High priority with individualistic approach (worst-off)	See utilitarian	No
Public health	High priority	See utilitarian	Only strictly necessary public health measures
Health education	High priority	See utilitarian	No
Provision of health services	Priority on screening, curative, rehabilitation	High care priority for chronically ill and handicapped	Wide range of services for the rich
Right to health (care)	Low care priority	Right to minimum health level and minimum health care	Limited acute services for the poor
	Based on empirical grounds		No

*See Section 4 for further explanation.

The actual form of the redistribution is less important, whether progressive income tax, social security benefits, university scholarships, subsidized housing or whatever. Education might be given special attention considering evidence suggesting that education helps people make rational choices and to control their own lives [33]. But income helps in the realization of choices and increases the range of options open to an individual.

At the global level there is a high correlation between GNP *per capita* and life expectancy [34]. The differences in infant mortality and life expectancy between the rich developed countries can probably be further explained by differences in income inequality within these countries. The Scandinavian countries and The Netherlands combine high life expectancy with far-reaching income redistribution policies which have been operative for decades. Yet, these policies are not motivated by health considerations. They are the result of a consensus with respect to social issues between the dominant political parties over a long period of a time. They typically represent the *equal access* principle. Social policy, in welfare states such as these, operates with a piece-meal approach in which each social good is distributed separately without much regard for the external effects. Thus, even if it could be shown that a certain income redistribution measure has definite positive health effects, adoption of the measure on these grounds would not be likely.

In an *egalitarian* policy, health outcomes would probably be regarded as among the most important criteria for the choice between alternative proposals. But the demand for proof that a particular measure benefited some worst-off group of citizens would be great. Because of the indirect health effects of income redistribution measures, an egalitarian policy would probably favour an individualistic approach to the assessment of needs. This is an important difference with equal access policies in which the criteria are often quite arbitrary. This results in the inclusion of large segments of the population as beneficiaries. Free education as provided in many countries is a good example. The net effect of this equal access policy is favourable for families with higher incomes, because they tend to make better use of the opportunities offered [35].

In view of the importance of socio-economic factors for the distribution of health, a *utilitarian* health policy should attach great value to the option of income redistribution. Because income redistribution yields the largest results for the worst-off, such policy would resemble that based on the egalitarian principle. Beyond a certain level increase in income or education produces little positive effect on health.

It goes without saying that income redistribution is unthinkable within a *libertarian* health policy. The only transfers allowed would be those out of charity or those needed to correct previous unjust transfers [16]. But in general a *libertarian* regards the negative health effects of poverty as unfortunate rather than unfair.

Public health and safety measures. This option includes a wide range of preventive measures ranging from public health measures not requiring any activity on the part of the individual citizen (e.g. sewerage,

water-supply) to those which replace or complement individual health behaviour (e.g. work safety measures).

The differences here are mainly between the *libertarian* principle and the other three. A *libertarian* health policy would favour only those public health measures to which no alternative exists. This would be one of the few tasks of the minimal state. But measures such as the safety regulation of consumer products would be opposed as long as there was no indication that the free market could not handle the problem: road safety, on this view, is primarily up to the individual prepared, for example, to pay a higher price for a safer car [36].

Policies based on other principles would include more preventive measures but for different reasons. An interesting difference is that between *equal access* and *utilitarianism* regarding waste disposal. Several countries now have programmes to clear up dumps with toxic waste. These programmes are very expensive and it is not unlikely that the rather limited health effects would prohibit such activities under a *utilitarian* health policy. When it comes to reducing cancer risk, for example, the utility of campaigns against smoking cigarettes is probably much greater.

Egalitarian health policy would favour extensive public health measures and safety regulation on the grounds that the worst-off in terms of health status are usually also those most exposed to environmental hazard.

Health education. *Utilitarian* and *egalitarian* policies place more emphasis on health education than *equal access* or *libertarian* policies—provided, of course, that proposed health education campaigns and other attempts at changing behaviour have demonstrated their effectiveness. Under the *egalitarian* principle more effort would have to be invested in reaching the worst-off than presently often is the case. Anti-smoking campaigns, for example, have benefited higher income groups more than lower income-groups [37].

The *equal access* policy is rather indifferent to this health policy option. Ambivalence towards health education can be observed in several Western countries. On the one hand campaigns are subsidized, but on the other hand the structural measures needed to make them effective are not taken. Again, smoking is a good example. Investment in industrial advertising far exceeds subsidies for health education campaigns, while revenues from tobacco-taxes are used for other purposes. Perhaps this shows the closeness of the welfare state to the *libertarian* state, where such attempts to influence other people's behaviour would be looked upon as an infringement on individual freedom.

Distribution of health services. Health services as such would be available under each principle. But there would be differences in the 'function-mix' and in the distribution according to need while with regard to need there are different approaches.

The *utilitarian* approach as usually found in the economic literature, leads to a focus on screening, curation and, to a lesser extent, rehabilitation. The care-function receives lower priority because it seems to contribute little to health status and is con-

sequently valued less. Most examples of cost-benefit or cost-effectiveness analysis relate to screening or diagnosis and treatment using a social consequences approach to health status [38]. In clinical epidemiology, with randomized controlled trials a professional approach is used: i.e. the medical model is adopted with its bias towards cure rather than care. But 'tender loving care' does not provide results in a comparable way and it is difficult to imagine how the efficiency of such care could be increased, except, for instance, by substituting skilled nurses for volunteers or less-skilled workers. As the focus is on maximizing contributions to health status, the chronically ill and mentally handicapped as well as the aged and physically handicapped, are none of them well provided for under the *utilitarian* principle.

Regarding geographic and financial barriers, *utilitarian* policy is flexible. The provision of services in rural areas may be more costly, but aggregate utility is served by charging higher fees in urban areas in order to subsidize rural services. Similarly, financial arrangements may be instituted on empirical grounds. Financial mechanisms can be used to increase utility. In general this would amount to setting the lowest prices for the most efficient services. Thus, Enthoven's consumer health plan is explicitly based on the relation between financial incentives and socially desirable utilities [39].

An *egalitarian* health policy would be fundamentally different. The worst-off in terms of health-status are often also the most difficult to help. But such a policy would accept loss of efficiency in exchange for better care of the handicapped and chronically ill. In the philosophical literature Veatch is the most persistent advocate of the *egalitarian* principle in health policy [12]. An *egalitarian* policy does not necessarily imply withholding services from others than the worst-off. Everyone would be able to use these services necessary to prevent deterioration of his health status. It would be counterproductive to help the worst-off and at the same time allow this category to grow by not helping the slightly better-off. But preventing deterioration is a strict criterion which would probably make large parts of the present diagnostic and treatment facilities superfluous.

In an *egalitarian* policy geographic and financial barriers are removed for the worst-off. Incentives may even be used to improve the use of services [37].

The *equal access* principle leads to a rather arbitrary level of service provision. Social pressure groups, including physicians and other health workers, have a great influence on priorities. The politically well organized do better under this principle than the worst-off. The principle grants everyone access to a particular service. But the principle gives little guidance when it comes to choosing between services or target-groups. The political process is the decisive factor in this regard. Outka's rule of 'similar treatment for similar cases' [25] is satisfied, but there is no clear procedure for deciding on the categories of cases to be treated. This is one of the main weaknesses of the welfare state.

Under the *equal access* principle geographic and financial arrangements are of course such that equal access is guaranteed. This requires both planning of

the geographic distribution and the removal of financial barriers for the poor.

A strictly *libertarian* health policy is based on the ability to pay for services. The rich and well educated will value and buy the full range of services including screening and care. The poor will limit their use to those necessary to satisfy acute short-term needs. Selling services to the highest bidder in the market leads to gross inequalities, in which the rich and healthy do better and the poor become poorer and sicker.

Rights

Many authors quickly dispose of a legal right to health on the grounds that health is not a commodity which can be directly distributed [40]. This is correct. But, if we grant that rights can be limited, something to which the same authors usually agree, it is quite conceivable under an egalitarian policy, for example, to recognise a right to the care necessary to attain a minimum standard of health [7]. The limitation in this case would be that society has the practical means available to raise health status, something which is doubtful in precisely those cases of interest to the egalitarian. The worst-off are often the most difficult to help.

Siegler argues that formulating a right to health with a narrow definition of health instead of the right to health care might be an effective instrument to contain the costs of health care [41].

The right to health care is held responsible for the rapid rise in costs in welfare states [42]. But it is not clear whether this is cause of effect. One could argue that the rising costs of health services and the equal access policy have created demands and expectations which can be interpreted as evidence of the right to health care. It is not a coincidence that this right is regarded as the culprit for rising health care costs in welfare states. The financing mechanism of insurance which most of these countries use reinforces this, because if a service is provided to one patient all others are equally entitled to it. It is assumed that need for the service will be objectively assessed by professionals. Unfortunately a fee-for-service system does not encourage such objectivity [43], apart from the fact that professional criteria of need tend to include more patients than policy-makers like to think: the iceberg phenomenon [44].

According to Buchanan, if the utilitarian principle is chosen as a basis for health policy, the content of the right to health care has to be decided on empirical grounds [15]. The right would have to be as flexibly interpreted however, that it is doubtful whether it would be accepted as a right. One of the main criticisms of utilitarianism is the lack of respect for the interests of the individual [19]. What may be permitted is the right to a minimum level of care, as under an egalitarian policy, in order to avoid any unnecessary deterioration of health status.

The *libertarian* principle does not lead to the recognition of any right to health or health care. Such a right implies obligations on the part of others which infringe on their property rights. Sade has forcefully advocated this view of health care [45]. This assumes, of course, that the physician has justly acquired his property of knowledge and skills. According to

Daniëls, the fact that public funds have been used in their education forces physicians to accept regulation [46]. A true libertarian might reply that theoretically medical education and research should be financed entirely from private funds obtained on the market.

Implementation of policy

We now have an impression of the health policy for each distribution principle, and although we have tried to treat each principle fairly, we realize that alternatives could be defended at several points. The important issue here concerns the fundamentally different approaches to health policy which the four principles represent.

Now that we have a picture of the policies, we are able to evaluate them on the practical problems involved in their implementation and on their likely consequences for the distribution of health. This is not to imply that an equal distribution is necessarily the most desirable.

Utilitarianism. The utilitarian policy poses two major problems. First, there is the technical problem of measuring the utility functions to be used in determining optimal resource-allocation. Utilities are related to persons or institutions and, therefore, weights have to be attributed to these utilities before incorporation into an utility-analysis. The problem of weighting can be illustrated with reference to the vast literature on models for health status-indexes, which has still not produced any operational indexes [47]. One might suppose that in order to determine a public health-programme or treatment modality, a social utility function could be determined through the aggregation of individual utility functions [48]. However, the utilities of alternative investments in health care would have also to be known. Cost-benefit analysis presupposes that benefits can be compared with opportunity costs on the basis of extensive data that are in practice almost never available.

A second problematic aspect of utilitarianism is its disregard for the distribution of health care benefits. For reasons of efficiency it may be rational to help the relatively healthy first. The triage system on the battlefield is based on this observation [49]. However, not many would defend the deprivation of persons from resources on the grounds that such action increased aggregate net benefits. Another difficulty concerns the distribution of benefits over time: known lives are usually assigned a higher utility than statistical lives. This favours individual treatment over preventive strategies [36, 50].

The basic difference between utilitarianism and other philosophies is that it focuses on outcomes and fails to give any guidance regarding structural or process-variables. Since the relation between programme and outcome is difficult to predict and outcome is hard to assess, a state-controlled utilitarian system would provide little social security.

Egalitarianism. The practical and moral advantages of egalitarianism are eloquently presented by Williams in the conclusion of his paper on the objectives of the British National Health Service:

"My conclusion from all this is that the rock bottom, fundamental rationale for a free-at-the-point-of-service na-

tional health service is that the type and quality of service offered shall not be related to willingness-and-ability-to-pay, and that it shall be provided according to nationally determined criteria of eligibility as uniformly as possible over the country at large, and financed according to ability to pay, not according to benefit received, out of centrally administered taxes. To the extent that the system departs from these principles, it is because of concessions to human frailty: either to reduce abuse or because of inability to control the system financially or managerially without decentralisation, which in turn has generated unwanted variations in provision. In other words, the basic principle is a centralising, egalitarian one, and all departures from it are to be regarded as blemishes or imperfections, to be minimised if they cannot be expunged" [51].

The National Health Service, or rather British health care policy, does not follow the egalitarian principle in every respect. On the contrary, some would say: the chronically ill, the elderly, the handicapped and those living in socially deprived areas have been long neglected [52, 53].

The basic practical problem facing an egalitarian policy is similar to that of designing operational utility functions: how to decide which patients are the worst-off and should therefore receive priority? For example, consider lung-cancer patients with their short remaining life-expectancy and decreasing quality of life vs the mentally handicapped with perhaps a somewhat higher quality of life and with a longer life-expectancy. Such a comparison requires an aggregate measure of expected misery.

The biggest problem will probably not be over the very ill, but over those who are a little better than worst-off. Here individual differences in the experience of disease probably play an important role. Another question is whether only health status should be considered, or whether disadvantages in other areas should also be considered.

As for the distribution of health, egalitarian policy is the only one using this as a criterion for judging policy outcomes.

Equal access. The equal access principle has proved itself practical. Its major weakness has been demonstrated often enough: it provides little or no guidance about which measures or services should be applied. Items are included simply because people (are said to) want it and because resources are available. When there are less resources available it proves very difficult to decide which services to end. Pressure-groups everywhere arise to claim the rights they have enjoyed.

Equal access policies have contributed to the equal distribution of health only in the sense that various socio-economic groups in the population have tended to become equal utilizers. But inequalities in health have hardly changed [27]. Equal access policies have primarily served to create the illusion of equity.

Libertarianism. The practicability of the libertarian proposals appears to be higher than that of the utilitarian. The rather simple and clear conditions stated by the libertarians are that one is entitled to one's own property provided it was acquired justly and that no unjust appropriation or transfer of goods takes place [16]. With respect to the condition of just contracting in health care, it can be observed that there are several characteristics of the health care

market which prevent the outcomes of free-market mechanisms from being both efficient and acceptable from a distributional viewpoint. Most important are [54]:

- the unsolvable trade-off between the benefits of insurance (avoidance of financial risk) on the one hand and the increase in consumption as a consequence of the fact that the insured no longer face the real cost of the service (moral hazard) on the other;

- the problem of 'adverse selection' in private insurance (through risk-related premiums; e.g. reduced rates for younger people), which is important for distributional reasons;

- the agency relationship between provider/professional and client (in which the provider decides on behalf of his clients) which may enable physicians to manipulate consumer demand to their own benefit;

- the inability of market forces to systematically take into account external effect such as the fact that people value the idea that others are cared for (beneficence).

These considerations clearly invalidate a straight market approach-view with no state regulation.

An unmitigated libertarian approach would yield inequality rather than equality in health. Since the ability to pay determines access to the health care system, the relatively wealthy, who are also the relatively healthy, will consume more health care relative to their need, so that differences in health status would also widen. This effect would be enforced because the relatively healthy pay less health insurance premium. For in a competitive market insurers will set premiums according to risks which have to be insured (experience rating) while in a public insurance system premiums would be paid independently of risks (community rating), or even dependent on income. Furthermore, the benefits of activities such as preventive strategies, environmental protection and health education, are not fully appreciated and are therefore not given a high priority. This would again be more detrimental to the relatively poor than to the relatively wealthy.

An attractive feature of libertarianism is the value attached to the provision of incentives towards efficiency to both providers and consumers. This issue is often neglected in consideration of the alternative philosophies. Interesting is the attempt by Enthoven [39] to combine this attractive feature with the objective of equity while preserving the principle of free contracting. He is the strong advocate of the Consumer Choice Health Plan, designed to create incentives in health care that will foster socially desirable competition. The operation of this principle of consumer choice, however, presupposes a certain degree of government regulation. The Health Maintenance Organizations in the United States, which operate reasonably efficiently, come close to this ideal, one which might in the long term lead to a feasible and acceptable libertarian solution for efficient resource allocation in health care [55].

5. THE PHILOSOPHY OF THE WELFARE STATE

Health policy in most European countries seems primarily based on an equal access philosophy. This

has led to a recognition of rights and of claims based on these rights. In combination with increasing medical technology, this policy has yielded exponential growth of the health care sector. The usual social contract in welfare states promised everyone a high standard of health. Because of the economic recession many governments now face severe public expenditure constraints. This has evoked two reactions: either the grip on health care cost development is tightened or responsibilities are transferred from government to the private sector. More specifically, we would like to comment on four solutions frequently suggested in the current health policy debate:

- to increase the efficiency of health care provision through stimulating competition and introducing more market elements in resource allocation;

- to stimulate individual responsibility for health and self-care;

- to introduce tight budgeting at all levels of health care decision-making and to foster the use of cost benefit and cost effective approaches;

- to lower the level of service provision at which access is guaranteed (the safety-net).

These solutions aim to introduce more elements of utilitarianism and/or libertarianism into the equal access system of the welfare state.

Increasing the role of the market

In a number of countries there has been a shift in political power towards the more conservative political parties. With this shift in power has grown a revival of belief in free market forces and suggestions to reduce public power and influence. Thoughts on limiting public influence and on deregulation have also developed. We will consider three forms in which this phenomenon appears: (i) to extend the private market in health care; (ii) to increase cost sharing by patients; and (iii) to rely more upon competition as the basic allocation mechanism in health care.

In Great Britain, opportunities for fundamental reforms in health care have been the subject of discussion in recent years. The Conservative government has cherished the idea of a social insurance option and has had a favourable attitude toward private health care. Such developments are mistakenly regarded by some as a correct application of Rawlsian theory, particularly of his difference principle [56]. Although private health insurance has grown rapidly, a moderation in growth has recently come about. The largest private health insurance organization (British United Provident Association) experienced a much smaller rate of increase in subscribers in 1981 than in previous years [57]. It is not expected that private health insurance will acquire a significantly increased share of health care provision in the near future.

Fundamental changes in health care financing are expected to take place in The Netherlands. The division of the population into a publicly insured group (low income earners) and a privately insured group (high income earners) may be abolished. In government circles one advocates a uniform health insurance scheme for the whole population covering a minimum set of benefits complemented by private

insurance. Thus, in both countries different roles are, or will be, adopted by the private sector.

One advantage of private health insurance may be that consumers are able to choose their own insurance policy. Another may be the benefits gained from competition between private insurers, although these are limited when insurers are not able to intrude into monopoly positions of service providers. One clear disadvantage stems from the fact that a private insurer has to base his price policy on an experience rating in order to compete. This means a shift in the burden of illness from the relatively healthy to the relatively unhealthy.

More important than ideas about expanding private insurance are the numerous actions taken to extend cost-sharing in public health insurance. This has been done in virtually all European countries. In Western Germany there was no cost-sharing by patients before the introduction of the cost-control law in 1977. Now there is co-payment and co-insurance for a number of selected services. Also in Belgium there is extensive cost-sharing, while in The Netherlands co-payment for the provision of drugs on prescription was recently introduced. The hypotheses behind this policy are that consumers will be more selective in their use of services and that they are capable of making rational decisions about health care consumption. In general, cost-sharing yields adverse income-distributional effects, a sequel severe opposition.

Finally, it can be noted that the option of a purely competitive approach is nowhere practiced. The U.S. health care system may have similarities with the market approach but it has also characteristics of public health care provision. Developments in health care policy, however, seem to go in a direction which can be characterized by such notions as 'consumer choice' and 'competition'. In Europe, however, there is a long tradition of public health care financing which could not easily be broken by the introduction of pure market based systems.

Summarizing, it can be stated that there is a clear tendency in health care policy towards more reliance on market mechanisms for the efficient allocation of health care resources. On the one hand, however, this is not attempted systematically enough to achieve a socially desirable form of competition [39]; on the other hand, market elements are incorporated in public health care systems without firm evidence of their effectiveness and without any clear understanding of their distributional effects. Our conclusion is that although the market approach seems to offer simple and practical suggestions for health policy measures, it has not provided us so far with any practical examples of efficient health policy.

Increasing individual responsibility

Proposals to give individual responsibility a more central role in matters of health come from many different backgrounds. Illich tells us that death and illness would no longer be problematic if we abolished professional health services [58]. Knowles uses a more technical approach and refers to the evidence concerning 'bad habits' as causes of illness. Educating people towards adopting healthier lifestyles is his solution [59]. The self-care movement represents a

conglomerate of motives for transferring responsibility from professionals to patients [60].

Governments are easily seduced by money-saving proposals. Raising taxes on tobacco products and alcoholic beverages can be presented as support for health education. The haphazard nature of these tax-increases suggests, however, that balancing the budget is usually the real motive.

The fact that such behaviour as smoking has a negative influence on health is undeniable, and there is ample room for more individual activity in health care. But the basic problem is whether such behaviour should be regarded as voluntary. Crawford sees the morality of those advocating individual responsibility as one that blames the victims of circumstances that are largely beyond their control [61].

Proposals to make people pay for the consequences of their voluntarily chosen behaviour are gaining in popularity [62]. The direct taxes on smoking and drinking are long established examples. In some European countries these taxes are now so high that they have important effects on income distribution. These effects are reinforced by the fact that the use of tobacco and alcohol is inversely related to socio-economic status. In addition to these taxes there are proposals to make smokers pay higher insurance premiums. This is rather arbitrary: only a few identifiable behaviours are singled out. They are presented under the rhetoric of individual responsibility but in reality they serve to redistribute the burden of health care costs.

These developments are taking place in an era dominated by conservative politics. The role of government is diminished, deregulation advocated. Social responsibility for such health-promoting strategies as income-redistribution in favour of the worst-off and public health and safety measures has clearly diminished.

Budgeting and evaluation techniques

Among current welfare states, the focus on the notion of equity has been almost suffocating. In health care much attention has been directed towards inequality in resource-use at different levels. Regional variations in health care provision have fostered the development of allocational mechanisms to decrease perceived inequalities; this was done first in Great Britain and in some Scandinavian countries, and later in other European countries. At the same time, the health care cost explosion called for cost containment. This led to stricter budgeting at all levels of health care decision-making: a macro-budget for restricting total health care costs; regional budgeting as a means of decentralizing health care policy making and of decreasing regional variation in health care consumption; and hospital budgeting as a means of controlling operational costs. Such budgeting requires more rationality in the allocation of resources, and therefore a need for such analytic tools as cost-benefit and cost effectiveness studies.

Budgeting has been used with moderate success in the U.K. as a tool for distributing resources fairly over regions [63]. Budgeting as a means of cost-containment at the macro-level has been even more successful as can be seen, for instance, by the relatively low position of Great Britain with respect to

health care costs, even when corrected for its relatively low national income position [64]. Conditions for using budgeting in health care are, of course, very favourable in England where in the public sector all money flows come from a single source.

Utility analysis is an important tool for further allocating budget resources towards health care institutions or, at a lower level, in the treatment of patients. But investment in activities of medical audit in hospitals and even more so in general practice is still not important and developments are slow. Assessment of health care technologies is also relatively scarce and unco-ordinated [65]. It would be in the utilitarian tradition to encourage both developments but it seems that vested interests in health care oppose such activities.

Reduction of guaranteed service levels

One way to reduce public expenditure is to reduce to a necessary minimum level the number of services to which equal access is guaranteed, the so-called 'safety-net'. The problem here is how to define 'necessary'. Daniels seems to rely on a professional needs approach, but admits that it is difficult to arrive at an operational definition [66]. In many public health insurance systems the set of benefits provided in the context of social insurance has been extended considerably over time. The argument for making additions to this set of benefits has often been the protection of the least well-off in society. As incomes have risen substantially and as provisions have been made to prevent large decreases in income, the argument has lost some of its strength [67]. Therefore, a reconsideration of the health care benefits provided by public insurance systems is called for. Already a number of such studies have been undertaken within the United States. Commitments to the elderly and the poor (respectively Medicare and Medicaid) have been limited. There are now plans to abandon the open-ended systems of Medicare and Medicaid by turning to a 'voucher system' which further restricts the responsibility of federal and state government. Whether this will eventually benefit the lower socio-economic groups remains unclear.

Conclusion

The current welfare state, based primarily on equal access considerations, has become expensive because of an accumulation of individual rights and claims on benefits provided by the state. Inspired by the economic recession, the dominance of equal access principles for policy-making is being replaced by utilitarian and libertarian considerations.

When considering current changes, too much focus is given to the incorporation of new elements based on alternative philosophies without adequate *a priori* evaluation. Prudence requires that we should address the causes of inefficiency and take corrective measures accordingly. Instead of placing too much emphasis on the responsibility of consumers of health care, more attention should be given to eliminating the adverse incentives to providers which today exist in many public health care systems. Physician remuneration schemes (such as fee-for-service) and hospital financing systems (such as 'per diem' payment) should be revised to become more in accord with

general objectives. It is our belief that a thorough scrutiny of the principles of the alternative philosophies and a careful consideration of the practical consequences of applying these principles in health care provide useful elements for the planning of future policy.

The choice of a distribution principle is necessarily one that has to be made by policy-makers. The most difficult option and yet the one that probably fits best into the value system of Western European countries is that of a truly egalitarian distribution, instead of the present equal access approach. But this requires courage on the part of policy-makers to decide that more attention is given to structural forms of prevention and to such groups as the mentally handicapped, the elderly and the chronically ill. This may necessitate a reduction of access to high technology care for the middle-aged and the relatively healthy but politically powerful health care consumer.

Acknowledgements—We are obliged to Tom van der Grinten, Ruud Lapré, Paul van der Maas, Han Möll, Wim van der Mijl en Aad de Roo for their comments and suggestions. Els van der Schee showed great patience in her typing of a constantly changing manuscript.

REFERENCES

1. World Health Organization/United Nations Children's Fund. *Primary Health Care: Report of the Alma-Ata Conference*. WHO, Geneva, 1978.
2. McKeown Th. *The Role of Medicine*. Nuffield Provincial Hospitals Trust, London, 1976.
3. Blume S. S. Explanation and social policy: 'the' problem of social inequalities in health. *J. soc. Pol.* 11, 7, 1982.
4. Hiller M. D. (Ed.) Medical ethics and public policy. In *Medical Ethics and the Law*, p. 3. Ballinger, Cambridge, MA, 1981.
5. Buchanan A. Justice: a philosophical review. In *Justice and Health Care* (Edited by Shelp E. E.), p. 3. Reidel, Dordrecht, 1981.
6. Throughout this article we use the term 'principle' rather than 'rule' or 'theory'. From each of the principles several rules can be derived. And each principle is derived from a broader theory: utilitarian theory, egalitarian theory, theory of the welfare state and entitlement theory. Beauchamp T. L. and Childress J. F. *Principles of Biomedical Ethics*. Oxford University Press, Oxford, 1979.
7. Veatch also recognizes four possible principles for distributing health care. His choice is the same as ours except for the Rawlsian maximin principle, in which place we use the equal access principle. Veatch, in our opinion, demonstrates how difficult it is to apply Rawlsian theory to the distribution of health care. Veatch R. M. Ethical aspects of the right to health care. In *Medical Ethics and the Law*. (Edited by Hiller M. D.), p. 53. Ballinger, Cambridge, MA, 1981.
8. Fletcher J. Ethics and health care delivery: computers and distributive justice. In *Ethics and Health Policy* (Edited by Veatch R. M. and Branson R.), p. 99. Ballinger, Cambridge, MA, 1976.
9. Culyer A. J. Health, economics, and health economics. In *Health, Economics, and Health Economics*. (Edited by Van der Gaag J. and Perlman M.), p. 3. North-Holland, Amsterdam, 1981.
10. Mooney G. II. Cost-benefit analysis and medical ethics. *J. med. Ethics* 6, 177, 1980.
11. Illich I. Two watersheds: the American public health system. *Social Policy* 4, 46, 1973. Reprinted in *Moral Problems in Medicine* (Edited by Gorovitz S. et al.). Prentice-Hall, Englewood Cliffs, NJ, 1976.
12. Veatch R. M. What is a 'just' health care delivery? In *Ethics and Health Policy* (Edited by Veatch R. M. and Branson R.), p. 127. Ballinger, Cambridge, MA, 1976.
13. Efficiency is used throughout the article in the traditional utilitarian/economic sense of maximizing aggregate net benefit.
14. Beauchamp T. L. and Faden R. R. The right to health and the right to health care. *J. med. Phil.* 4, 118, 1979.
15. The welfare state is a product of history and not of philosophy. Opinions differ as to whether there exists a theory or ideology of the welfare state. But its concerns are clear and well-summarized by Asa Briggs: "Organized power is deliberately used (through politics and administration) in an effort to modify the play of market forces in at least three directions—first, by guaranteeing individuals and families a minimum income irrespective of the market value of their work or their property; second, by narrowing the extent of insecurity by enabling individuals and families to meet certain 'social contingencies' (for example, sickness, old age and unemployment) which lead otherwise to individual and family crises; and third, by ensuring that all citizens without distinction of status or class are offered the best standards available in relation to a certain agreed range of social services". Briggs A. The welfare state in historical perspective. *Archs Europ. Sociol.* 2, 221, 1961. Cited in Goodin R. E. Freedom and the welfare state: theoretical foundations. *J. soc. Pol.* 11, 149, 1982.
16. Nozick R. *Anarchy, State and Utopia*. Basic Books, New York, 1974.
17. Navarro V. *Medicine Under Capitalism*. Prodist, New York, 1976.
18. Nell E. and O'Neill O. Justice under socialism. Reprinted in *Justice: Alternative Political Perspectives* (Edited by Sterba J.). Wadsworth, Belmont, CA, 1980.
19. Rawls J. *A Theory of Justice*. Harvard University Press, Cambridge, MA, 1971. Rawls regards liberty and fair equality of opportunity as essential prerequisites. He places his subjects behind a veil of ignorance concerning their position in society and argues that under such conditions the 'maximin' rule is adopted; maximizing the minimum available to everyone. Inequalities are only permitted if these benefit the worst-off (difference principle).
20. Bryant J. Principles of justice as a basis for conceptualizing a health care system. *Int. J. Hlth Serv.* 7, 707, 1977.
21. Green R. M. Health care and justice in contract theory perspective. In *Ethics and Health Policy* (Edited by Veatch R. M. and Branson R.), p. 111. Ballinger, Cambridge, MA, 1976.
22. Rosenthal G. and Fox D. A right to what? Toward adequate minimum standards for personal health services. *Milbank Meml Fund Q. Hlth Soc.* 56, 1, 1978.
23. Tuckett D. (Ed.) Becoming a patient. In *Introduction to Medical Sociology*, p. 159. Tavistock, London, 1976.
24. Bradshaw J. A taxonomy of social need. In *Problems and Progress in Medical Care* (Edited by McLachlan G.), p. 71. Oxford University Press, Oxford, 1972.
25. Outka G. Social justice and equal access to health care. *J. Relig. Ethics* 2, 11, 1974.
26. *Measurement of Levels of Health* (Edited by Holland W. W. et al.). World Health Organization/Regional Office for Europe, Copenhagen, 1979.
27. *Inequalities in Health: the Black Report* (Edited by Townsend P. and Davidson N.). Penguin Books, 1982. Originally published by the Department of Health and Social Security, London, 1980.
28. De Jong G. A. Ongelijkheid in gezondheid en gezondheidszorg: inleiding. *T. Soc. Genesk.* 58, Suppl. 1980.

29. Rice M. F. and Jones W. Black health inequities and the American health care system. *Hlth Policy Educ.* 3, 195, 1982.
30. De Jong G. A. De verdeling van de pijn: sociaal-medische aspecten van allocatie in de gezondheidszorg. In *Gezondheidszorg onder Druk* (Idenburg P. A. et al.), p. 63. Samsom, Alphen a/d Rijn, 1982.
31. Ramsey considers this question almost, if not altogether, incorrigible to moral reasoning. Ramsey P. *The Patient as Person*, p. 240. Yale University Press, New Haven/London, 1970.
32. Fox A. J. and Goldblatt P. O. *Longitudinal Study: Socio-demographic Mortality Differentials. England and Wales 1971-1975*. Office of Population Censuses and Surveys, Series LS No. 1. HMSO, London, 1982.
33. Dievler A. Literacy, education and health development. *Hlth Policy Educ.* 3, 113, 1982.
34. Fuchs V. R. *Who Shall Live?* Basic Books, New York, 1974.
35. Le Grand J. *The Strategy of Equality*. George Allen & Unwin, London, 1982.
36. Childress J. F. Priorities in the allocation of health care resources. In *Justice and Health Care* (Edited by Shelp E. E.), p. 139. Reidel, Dordrecht, 1981.
37. Morris J. N. Social inequalities undiminished. *Lancet* i, 87, 1980.
38. Drummond M. F. *Studies in Economic Appraisal in Health Care*. Oxford University Press, Oxford, 1981.
39. Enthoven A. C. Consumer-choice health plan. *New Engl. J. Med.* 298, 650, 709, 1978.
40. Lee regards the right to health as a fundamental right: "It expresses the profound truth that a person's autonomy and freedom rest upon his ability to function physically and psychologically". He also regards the right to health care as a qualified right, however. Lee P. R. and Jonsen A. R. The right to health care. *Am. Rev. Resp. Dis.* 109, 591, 1974.
41. Siegler M. A right to health care: ambiguity, professional responsibility and patient liberty. *J. med. Phil.* 4, 148, 1979.
42. Fried C. Equality and rights in medical care. *Hastings Center Rep.* 6, 29, 1976.
43. Abel-Smith B. *Value for Money in Health Services*. Heinemann, London, 1976.
44. Last J. M. The iceberg: 'completing the clinical picture' in general practice. *Lancet* ii, 28, 1963.
45. Sade R. M. Medical care as a right: a refutation. *New Engl. J. Med.* 285, 1288, 1971.
46. Daniels N. What is the obligation of the medical profession in the distribution of health care? *Soc. Sci. Med.* 15B, 129, 1981.
47. Williams A. Welfare economics and health status measurement. In *Health, Economics and Health Economics* (Edited by Van der Gaag J. et al.), p. 271. North-Holland, Amsterdam, 1981.
48. Van der Maas develops an interesting utilitarian paradox: "Modern medical care increases the aggregate level of disease in the population, probably accompanied by improved individual health status. This is a desirable consequence of progress in medical science, medicine and medical care". The burden of disease has shifted from acute diseases at early ages to chronic diseases amongst the elderly. Van der Maas P. J. Mythen over vergrijzing en volksgezondheid. *T. Soc. Geneesk.* 60, 711, 1982.
49. Feinberg J. Justice. In *Encyclopedia of Bioethics* (Edited by Reich W. T.), Vol. 2, p. 802. The Free Press, New York, 1978.
50. Weale A. Statistical lives and the principle of maximum benefit. *J. med. Ethics* 5, 185, 1979.
51. Williams A. *Health Service Objectives*. King's Fund Centre, London, 1980.
52. Walters V. *Class Inequality and Health Care*. Croom Helm, London, 1980.
53. Department of Health and Social Security. *Priorities for Health and Personal Social Services in England*. HMSO, London, 1976.
54. Culyer A. J. The NHS and the market: images and realities. In *The Public/Private Mix for Health, the Relevance and Effects of Change* (Edited by McLachlan G. and Maynard A.), Nuffield Hospitals Trust, London, 1982.
55. Luft H. S. Health maintenance organizations and the rationing of medical care. *Milbank Meml Fund Q. Hlth Soc.* 60, 268, 1982.
56. McCreadie C. Rawlsian justice and the financing of the National Health Service. *J. soc. Pol.* 5, 113, 1976.
57. Maynard A. The private health care sector in Britain. In *The Public/Private Mix for Health, the Relevance and Effects of Change* (Edited by McLachlan G. and Maynard A.), Nuffield Provincial Hospitals Trust, London, 1982.
58. Illich I. *Medical Nemesis*. Calder & Boyars, London, 1975.
59. Knowles J. H. The responsibility of the individual. *Daedalus* 106, 57, 1977.
60. Levin L., Katz A. H. and Holst E. *Self-Care, Lay Initiatives in Health*. Prodist, New York, 1976.
61. Crawford R. You are dangerous to your health: the ideology and politics of victim blaming. *Int. J. Hlth Serv.* 7, 663, 1977.
62. Veatch R. M. Voluntary risks to health. *J. Am. med. Ass.* 243, 50, 1980.
63. Maynard A. and Ludbrook A. Thirty years of fruitless endeavor? An analysis of government intervention in the health care market. In *Health, Economics and Health Economics* (Edited by Van der Gaag J. et al.), p. 45. North-Holland, Amsterdam, 1981.
64. Abel-Smith B. Report on the seminar. In *Cost-sharing in Health Care* (Edited by Brandt A. et al.), p. 3. Springer-Verlag, Berlin, 1980.
65. Banta H. D., Behney C. J. and Williams J. S. *Toward Rational Technology in Medicine*. Springer, New York, 1981.
66. Daniels N. Equity of access to health care: some conceptual and ethical issues. *Milbank Meml Fund Q. Hlth Soc.* 60, 51, 1982.
67. Some view the state provision of social services as a transitory stage of political development to be abandoned in favour of market provision as society becomes more affluent. Weale A. *Equality and Social Policy*, p. 6. Routledge & Kegan Paul, London, 1978.

4 De verdeling van de pijn, sociaal-medische aspecten van allocatie in de gezondheidszorg

GASPARD A. DE JONG

Inhoud

1	Inleiding	65
2	De uitgangssituatie; een ongelijke verdeling van middelen	67
3	Functies van gezondheidszorg	71
3.1	Verzorging	73
3.2	Revalidatie	75
3.3	Medische behandeling	76
3.4	Preventie	79
3.5	Functies en voorzieningen	80
4	Metten van behoeften	82
4.1	Behoeftte aan verzorging	82
4.2	Behoeftte aan revalidatie	83
4.3	Behoeftte aan behandeling	83
4.4	Behoeftte aan preventie	85
4.5	Beschikbaarheid van behoeftegegevens	86
5	Allocatiemodellen	87
5.1	De afweging van gezondheidszorg tegen andere gemeenschapsbelangen	87
5.2	Verdeling van het budget over de regio's	88
5.3	Verdeling binnen de regio's	89
5.4	Allocatie op meso- en microniveau	91
6	Slot	92
	Noten en literatuurverwijzingen	93

Samenvatting

Financiële begrenzingsen zijn voor de gezondheidszorg geen nieuw gegeven. Maar de vorm is in de loop der tijd wel sterk veranderd. Vroeger was het probleem dat bepaalde groepen patiënten zich financieel geen zorg konden veroorloven. Nu is het probleem dat de samenleving als geheel steeds meer gebukt gaat onder de financiële druk die het systeem met zich mee brengt.

De noodzaak van beperking van de groei is niet de enige en misschien zelfs niet de belangrijkste reden om de verdeling van middelen in de gezondheidszorg kritisch door te lichten en bij te sturen. De huidige verdeling van middelen vertoont onevenwichtigheden, die, ongeacht de beschikbare financiële ruimte, correcties wenselijk kunnen doen zijn.

De discussie over het kostenvraagstuk in de gezondheidszorg is op dit moment onoverzichtelijk. Dit wordt voornamelijk veroorzaakt door het feit dat telkens andere aspecten en indelingen in de discussie worden betrokken. Voorgesteld wordt om uit te gaan van wat de gezondheidszorg doet: de hulpverleningsfuncties. Er worden er vier onderscheiden: verzorging, revalidatie, medische behandeling en preventie.

Optimale allocatie van middelen houdt onder andere in dat zo goed mogelijk in de behoeften aan zorg van de bevolking moet worden voorzien. Het meten van behoeften is weliswaar een moeilijk probleem; er zijn echter wel mogelijkheden om bruikbare behoeftegegevens te verkrijgen met enige aanpassing van de thans functionerende registratiesystemen.

Het allocatievraagstuk heeft op verschillende niveaus een andere inhoud. Op landelijk niveau moet gezondheidszorg tegen andere gemeenschapsbelangen worden afgewogen en moet het vastgestelde budget over de regio's worden verdeeld. Per regio moet vervolgens beslist worden over de verdeling van het budget over de verschillende functies en voorzieningen. Op het niveau van de individuele hulpverlener doet zich het probleem van de selectie van patiënten voor.

Van cruciaal belang ten slotte, voor een doeltreffende en aanvaardbare verdeling van middelen is een goede organisatie van de besluitvorming.

1 Inleiding

Zoals in het vorige hoofdstuk werd uiteengezet is het waarschijnlijk dat de gezondheidszorg in de toekomst geconfronteerd zal worden met vooraf financiële begrenzungen. Op langere termijn zal deze budgettering ingrijpende gevolgen met zich mee brengen voor het functioneren van de zorg en de beleidsvorming op alle niveaus.

Financiële begrenzungen zijn in de gezondheidszorg op zich geen nieuw verschijnsel. Wel verandert de vorm waarin ze zich voordoen. In de periode voor de invoering van sociale verzekeringen waren financiële overwegingen vooral van belang voor de (potentiële) consument. Zeker op het platteland was medische zorg voor grote delen van de bevolking onbetaalbaar¹. In de steden was de situatie wat gunstiger. Daar bevonden zich de ziekenhuizen, die overwegend op charitatieve gronden werden geëxploiteerd, en waar de armen voor zorg in aanmerking kwamen. Of die ziekenhuizen vroeger een gezonde omgeving vormden voor de patiënt is een ander punt. De probleemgroep in de steden was de middenklasse en met name degenen die net boven de armoedegrens leefden. Deze kwamen niet in aanmerking voor liefdadigheid of wilden daar geen beroep op doen, maar konden ook de particuliere tarieven niet of nauwelijks opbrengen. Een schrale troost was dat men bij langdurige ziekte of overlijden van de kostwinner vanzelf onder de armoedegrens kwam waardoor een beroep op *charitas* mogelijk werd².

De middengroepen waren de eersten die ziekenfondsen oprichtten, meestal via vakbonden. Daarnaast werden dergelijke fondsen ook door bedrijven en door artsen opgezet. Dit is uiteindelijk geculmineerd in het sociale verzekeringsstelsel zoals we dat thans kennen. De financiële problemen voor de consument zijn daarmee in beginsel verdwenen. De beslissing om al dan niet een beroep op zorg te doen kon dus door de consument primair op medische en andere niet-financiële gronden genomen worden. Voor zover er sprake is van financiële problemen betreft dat de last die de verzekeringspremie met zich mee brengt. De via de ziekenfondsen vrijwillig verzekerden en bejaarden betalen een relatief hoge premie.

Het verzekeringsstelsel heeft ook voor de verstrekkers van zorg voordeel met zich mee gebracht. Enerzijds kon het voorzieningssysteem er gemakkelijker door groeien en moest het zelfs groeien vanwege het recht op zorg dat de consumenten aan hun verzekering konden ontlenen. Anderzijds konden de individuele inkomens van werkers in de gezondheidszorg belangrijk toenemen. Dat gold niet alleen voor de medische professie, maar ook voor bijvoorbeeld de verpleegkundigen. De bron van goedkope arbeidskracht in de religieuze instellingen, de roeping, begon op te drogen. De overgang van

roeping naar beroep in de verpleging ging gepaard met materiële inkomenseisen.

Ook uit sociaal-medisch oogpunt betekende het ontstaan van het verzekeringsstelsel een belangrijke verbetering. Doordat de kosten van zorg over de gemeenschap konden worden gespreid, werd het in principe mogelijk om in alle behoeften te voorzien. Het stelsel heeft ook in die zin gefunctioneerd. De premies werden aangepast aan de groei van de vraag. In dit systeem van 'open eind'-financiering worden de kosten van onderaf bepaald; de kosten van de totale gezondheidszorg zijn het resultaat van de beslissingen van individuele consumenten en verstrekkers.

Zoals wij ook in het vorige hoofdstuk zagen is langzamerhand het aandeel van de gezondheidszorg in de gemeenschapsbestedingen steeds groter geworden. Omdat daardoor andere belangen in het gedrang dreigden te komen zag de overheid, als representant van de gemeenschap, zich genoodzaakt om regulerend te gaan optreden. Tot nu toe heeft zij zich gericht op onderdelen van het systeem, bijvoorbeeld bouwplannen en personeelsuitbreiding van ziekenhuizen, beperking van kostbare verrichtingen als nierdialyse en hartchirurgie, richtlijnen op het terrein van de fysiotherapie en het voorschrijven van geneesmiddelen (herhalingsrecepten), invoering van eigen bijdragen voor enkele verstrekkingen en inkomensbeleid voor vrije beroepsbeoefenaren. Met dergelijke maatregelen is de overgang van een verzekerings- naar een voorzieningenstelsel in gang gezet. De Wet voorzieningen gezondheidszorg en de Wet tarieven gezondheidszorg geven de overheid de instrumenten om in de toekomst de omvang van het systeem en de hoeveelheid besteedbare middelen te bepalen.

Invoering van een voorzieningenstelsel en budgettering impliceert een omkering van de principes van het verzekeringsstelsel. Omvang en kosten van het systeem worden niet langer van onderaf maar van bovenaf bepaald. In sociaal-medisch opzicht heeft dat belangrijke consequenties. Want de individuele behoeften van de consumenten zullen niet langer maatgevend zijn voor de te verstrekken zorg. Vergelijking van de behoeften van individuen en groepen met die van anderen zal een minstens even belangrijke rol bij de allocatie gaan spelen, omdat binnen een beperkt budget niet in alle behoeften kan worden voorzien. Op alle niveaus zal zich derhalve een keuzeprobleem gaan voordoen:

- op landelijk of macro-niveau: de afweging van gezondheidszorg tegen andere gemeenschapsbelangen (economie, defensie, onderwijs, e.d.); de verdeling van het budget voor gezondheidszorg over de regio's;
- op regionaal niveau (uitgaande van de veronderstelling dat in de toekomst iedere regio het toegekende budget op zijn minst voor een deel zelf zal kunnen verdelen); de verdeling van het budget over de diverse typen voorzieningen;

- op voorzieningenniveau; de verdeling van de middelen over de categorieën consumenten die een beroep op de betreffende voorziening doen;
- op het niveau van de individuele hulpverlener, op microniveau; verdeling van zorg (middelen) over de individuele consumenten.

Naarmate het budget beperkter is in verhouding tot de behoeften zullen de keuzes tussen onverenigbare belangen zich scherper voordoen en aldus leiden tot toenemende politisering (competitie tussen belangen) van de gezondheidszorg.

Een vergelijkbaar proces van politisering heeft zich voorgedaan ten aanzien van de inkomensvorming. De inkomensverdeling is ongelijk. In een tijd van economische groei waarbij alle inkomens omhoog gaan, is de maatschappelijke aanvaardbaarheid daarvan aanzienlijk groter dan in een periode van recessie. Een gelijke matiging van alle inkomens stuit dan op verzet¹.

In de volgende paragrafen van dit hoofdstuk wordt ingegaan op de sociaal-medische aspecten van het allocatievraagstuk in de gezondheidszorg: Wie heeft straks recht op welke zorg? Het antwoord op die vraag wordt in de eerste plaats door politieke, ideologische en ethische overwegingen bepaald.

Pas als de waarde-oordelen zijn geëxpliciteerd is een rationele uitwerking van allocatiebeslissingen mogelijk. De instrumenten voor een rationele implementatie (meting van behoeften, evaluatie van effecten, planning) zijn op dit moment nog vrij gebrekkig.

2 De uitgangssituatie; een ongelijke verdeling van middelen

In de langdurige groeiperiode van de gezondheidszorg kon in beginsel ieder initiatief van particuliere instellingen of lagere overheden gerealiseerd worden. En ook de medische professie kreeg de hulpmiddelen waar zij om vroeg. Zo werd iedereen naar behoefte bediend. Dat laatste werd althans verondersteld. Want de behoeften werden (en worden nog steeds) afgemeten aan de vraag, cq. het feitelijke gebruik. Maar de vragen en initiatieven werden vrijwel niet gestuurd. Het resultaat is een systeem van voorzieningen waarin verschillende ongelijkheden bestaan. Die ongelijkheden zijn van verschillende orde.

- a. *Geografisch.* Tussen de verschillende gemeenten en regio's in Nederland loopt de kwantiteit van de voorzieningen sterk uiteen. Een paar voorbeelden: In de provincie Utrecht zijn 6,47 ziekenhuisbedden per 1000

inwoners beschikbaar, in Drenthe 3,73⁴. Daarentegen bedraagt het percentage leerlingen dat deelneemt aan de schooltandverzorging in deze provincies respectievelijk 29 en 76⁵. Het aantal apotheken en apotheek-houdende huisartsen per 100 000 inwoners is in Friesland en Zeeland 30 tot 100% hoger dan in de andere provincies⁶. De verschillen in beschikbare hoeveelheid voorzieningen hebben vanzelfsprekend ook hun weerslag op de uitgaven voor medische zorg; het ene ziekenfonds geeft per verzekerde aanzienlijk minder uit dan het andere. De verzekerden betalen echter wel dezelfde premie ongeacht de woonplaats.

b. *Bevolkingsgroepen.* De Nederlandse gezondheidszorg is in theorie voor iedereen even toegankelijk. Dat betekent echter nog niet (in tegenstelling tot wat doorgaans impliciet wordt aangenomen) dat iedereen ook naar behoefte gebruik maakt of kan maken van het systeem. Er bestaan zowel kwantitatieve als kwalitatieve verschillen. Exact inzicht hierin is overigens moeilijk te verkrijgen omdat gecorrigeerd moet worden voor verschillen in gezondheid. Maar er is wel een aantal indicaties te geven:

- Geslacht. Vrouwen maken aanzienlijk meer gebruik van gezondheidszorg dan mannen, maar ze zijn waarschijnlijk wel veel gezonder wanneer men sterftecijfers als indicator gebruikt. Het ontstaan van vrouwengezondheidscentra kan worden gezien als een indicator voor kwalitatieve tekortkomingen in de gezondheidszorg.

- Leeftijd. Ouderen consumeren meer dan jongeren. Omdat met het klimmen der jaren de kans op ziekte toeneemt is die hogere consumptie te verklaren uit een grotere behoefte. Wat men zich echter af moet vragen is of de zorg voor ouderen ook kwalitatief aansluit op de behoeften. De huidige gezondheidszorg is sterk gericht op behandeling en op behandelbare aandoeningen, die nu eenmaal bij jongeren relatief meer voorkomen. Voor de specifieke, gecompliceerde, medische problematiek van ouderen hebben hulpverleners en onderzoekers tot nu toe vrij weinig belangstelling getoond⁷. Volgens sommigen vereist de hulpverlening aan bejaarden een totaal andere instelling en filosofie⁸. Indicatief is in dit verband de langdurige discussie die is gevoerd omtrent de erkenning van de geriatrie als medisch specialisme, die pas in 1980 is bereikt. Volgens de tegenstanders zal het gevolg zijn dat de belangstelling voor bejaarden bij de andere specialismen nog geringer wordt. De voorstanders zien als belangrijke functie voor de geriater juist dat hij de ogen van andere specialisten kan openen voor de specifieke benadering van ouderdomsgebreken. Hoe dan ook, in de huidige economische situatie zal het de geriatrie de grootste moeite kosten om zich een plaats in het systeem te verwerven.

Een andere leeftijdsgroep waarvan de behoeften op dit moment onvoldoende herkend worden in het systeem, is die van de adolescenten.

— Sociaal-economisch. Uit andere landen is bekend dat er aanzienlijke gezondheidsverschillen bestaan tussen beroepsgroepen of sociaal-economische klassen⁹. In Nederland is hierover minder bekend, maar een onderzoek in Amsterdam heeft bijvoorbeeld uitgewezen dat bewoners van de Jordaan gemiddeld vijf jaar korter leven dan bewoners van de veel welvarender wijk Buitenveldert¹⁰.

Over verschillen in consumptie naar sociaal-economische klasse is in ons land nog minder bekend. De enige benadering daarvoor is het verschil tussen ziekenfonds en particulier verzekerden en dat verschil blijkt zeer groot¹¹. Zo is het aantal verpleegdagen in ziekenhuizen (per 1000 verzekerden) onder ziekenfondsverzekerden ruim 50% hoger en het aantal opnamen (per 1000 verzekerden) ongeveer 40% hoger dan bij particulier verzekerden. De interpretatie van dergelijke gegevens is moeilijk met zekerheid te geven, maar vermoedelijk zijn er behalve verschillen in gezondheid ook kwalitatieve aspecten in het geding. Deze zouden vooral verband houden met het feit dat patiënten uit de hogere klassen, onder andere door hun gemiddeld betere opleiding, effectiever met artsen kunnen communiceren en mondiger zijn¹². Effectievere communicatie zou kunnen betekenen dat men meer rendement haalt uit consulten. Wanneer men dat gegeven in aanmerking neemt is het verschil in consultatiefrequentie van huisarts en specialist in de diverse inkomensklassen gering te noemen in het licht van de vermoedelijk bestaande gezondheidsverschillen¹³. Nu kan men van curatieve voorzieningen beweren dat die de gezondheidseffecten van sociaal-economische verschillen toch niet kunnen redresseren. Ten aanzien van preventieve voorzieningen is deze redenering duidelijk minder geldig. Daar maken de lagere inkomensgroepen echter in het algemeen minder gebruik van dan de hogere. Zo is bijvoorbeeld aangetoond dat bij het bevolkingsonderzoek op baarmoederhalskanker juist de vrouwen met een lager inkomen en een verhoogd kankerrisico in beduidend mindere mate deelnemen¹⁴.

In Finland en Frankrijk wordt het gebruik van bepaalde preventieve voorzieningen, namelijk pre- en postnatale zorg, gestimuleerd door middel van zwangerschaps- en geboorte-uitkeringen. Deze uitkeringen worden in gedeelten verstrekt en zijn afhankelijk van het geregeld en tijdig gebruik maken van de betreffende voorzieningen¹⁵.

— Nationaliteit. De zorgverlening aan de in ons land verblijvende buitenlanders is onbevredigend. In de eerste plaats is er het grote probleem van de taalbarrière, dat door middel van tolken in zowel kwantitatief als kwalitatief opzicht slechts in beperkte mate is opgelost. En in de tweede plaats spelen culturele verschillen en onbekendheid van de Nederlandse hulpver-

leners met het ziektepatroon in het land van herkomst een belangrijke rol. Gelijke toegankelijkheid betekent voor de buitenlanders nog geen gelijke zorg.

c. *Ziektecategorie.* Sommige ziekten 'liggen beter in de markt' dan andere. Dat betekent meer geld uit collectes, meer research, een grotere aantrekkingskracht op artsen en andere hulpverleners en meer voorzieningen (en dus meer geld uit verzekeringen).

De geestelijke gezondheidszorg heeft van dit fenomeen waarschijnlijk het meest te lijden gehad. Maar waarschijnlijk heeft de grotere aandacht die kanker en hart- en vaatziekten krijgen ook voor bepaalde minder spectaculaire lichamelijke ziektebeelden tot een relatieve achterstand geleid.

d. *Preventie.* Voorkomen heet beter te zijn dan genezen. Desondanks blijft de ontwikkeling van preventie relatief achter. Dit is voor een deel toe te schrijven aan het feit dat de gezondheidszorg grotendeels via verzekeringen worden gefinancierd; preventie is geen verzekerbaar risico omdat deelname eraan in principe van tevoren al vast ligt. Financiering uit de algemene middelen, c.q. subsidie van de overheid, is echter moeilijk te realiseren. In een voorzieningensstelsel zal de situatie wat dat betreft gunstiger kunnen worden.

e. *Extramurale zorg.* In de na-oorlogse periode is de intramurale zorg veel sterker gegroeid dan de extramurale. De belangstelling voor de mogelijkheden van de extramurale zorg is echter geleidelijk weer toegenomen. Herstel van het evenwicht door stimulering van de extramurale sector ten koste van de intramurale verloopt tot nu toe echter moeizaam.

f. *Effectiviteit.* Voor de ene ziekte bestaan effectievere behandelingsmogelijkheden dan voor andere. De inzet aan mankracht en middelen is daaraan echter nauwelijks gerelateerd. Zolang de financiële ruimte groot genoeg is om zowel meer als minder effectieve therapieën toe te passen hoeft dat geen bezwaar te zijn. Bij vermindering van middelen zal de vraag kunnen rijzen of er niet vooral op de minder effectieve voorzieningen bezuinigd zou moeten worden¹⁶.

Uit bovenstaande (onvolledige) opsomming mag blijken dat vraagtekens kunnen worden geplaatst bij de huidige verdeling van middelen in de gezondheidszorg. Volgens sommigen is het zelfs een wetmatigheid dat het voorzieningenniveau in verschillende landen of regio's of voor diverse categorieën patiënten omgekeerd evenredig is met de behoefte aan zorg ('the Inverse Care Law')¹⁷.

Er is dus, los van de vraag of er bezuinigd moet worden, reden genoeg om de allocatie van middelen kritisch te bezien. Politiek gezien zal herallocatie een moeizaam proces zijn omdat zulks vooral ten koste gaat van die voorzieningen die de sterkste autonome groei vertonen: de ziekenhuizen. De ziekenhuizen en de daaraan verbonden artsen hebben alleen al vanwege hun kwantitatieve omvang een krachtige positie in het besluitvormingsproces.

3 Functies van gezondheidszorg

De gezondheidszorg omvat een groot aantal typen voorzieningen die min of meer onafhankelijk van elkaar functioneren. Alhoewel voor dit geheel vaak de term 'systeem' wordt gehanteerd, heeft het volgens sommige systeem-theoretici niet de kenmerken (een geheel van samenhangende en geordende onderdelen) daarvan¹⁸. De taakverdeling tussen voorzieningen vertoont internationaal gezien grote verschillen. In de taakverdeling tussen voorzieningen doen zich ook voortdurend verschuivingen voor. Het hanteren van typen voorzieningen als uitgangspunt voor een analyse van het allocatievraagstuk is derhalve riskant. Om te kunnen abstraheren van de min of meer 'toevallige' verdeling van het gezondheidszorgsysteem in voorzieningen, wordt in het navolgende uitgegaan van de functies van die voorzieningen. Functies zijn namelijk in tegenstelling tot voorzieningen niet onderling substitueerbaar en daardoor relatief constant. Op dit voordeel van de functie-indeling komen we aan het slot van deze paragraaf terug.

We onderscheiden vier functies van gezondheidszorg:

- verzorging;
- revalidatie;
- medische behandeling;
- preventie.

Wat wordt onder deze functies verstaan?

De verzorgingsfunctie zou men ook kunnen betitelen als de hotelfunctie van de gezondheidszorg. Ziekte, ouderdom of gebrek brengen vaak met zich mee dat men bepaalde taken of activiteiten niet meer zelfstandig kan volbrengen. Deze worden dan door of met hulp van verzorgers verricht, bijvoorbeeld bereiden en nuttigen van voedsel, wassen, aan- en uitkleden. Verzorging is te definiëren als hulpverlening bij activiteiten die de verzorgde niet (langer) zelf kan verrichten en heeft tot doel het instandhouden van het functioneren van de verzorgde.

Revalidatie sluit nauw op verzorging aan omdat het eveneens gericht is op het functioneren van de patiënt, maar dan in meer actieve zin. Het doel van

revalidatie zou men kunnen omschrijven als het bevorderen van een zo gering mogelijke behoefte aan verzorging door het zo veel mogelijk instandhouden of bevorderen van het zelfstandig functioneren van de patiënt.

Medische behandeling omvat het identificeren (diagnostiseren) en behandelen van ziekteprocessen. Het doel van behandeling reikt verder dan dat van revalidatie: behandeling beoogt niet alleen het zelfstandig functioneren van de patiënt te bevorderen of in stand te houden, maar beoogt tevens het onderliggende ziekteproces weg te nemen of af te remmen. Anders gezegd, behandeling is gericht op het verminderen van de behoefte aan verzorging en revalidatie.

Preventie, ten slotte, heeft tot doel het verminderen van de behoefte aan zowel verzorging en revalidatie als aan medische behandeling door het voorkomen (primaire preventie) of in een vroeg stadium opsporen (secundaire preventie) van het optreden van ziekteprocessen of van verminderd zelfstandig functioneren.

Deze functie-indeling loopt niet alleen dwars door de voorzieningenindeling heen, maar ook door de indeling in beroepen. Er zijn wel voorzieningen en beroepen met een specifieke functie, maar het merendeel is multifunctioneel. Dat kan worden geïllustreerd aan de hand van de beroepen van verpleegkundige en van huisarts.

Bij de verpleegkundige denkt men in de eerste plaats aan de verzorgende functie. In de praktijk echter wordt deze functie voornamelijk uitgeoefend door functionarissen met een lagere opleiding: ziekenverzorgsters, leerling-verpleegkundigen, bejaardenverzorgsters, kraamverzorgsters, gezinshulpen en anderen. De gediplomeerde verpleegkundige is vaak wel belast met het toezicht op de verzorging.

Andere functies zijn in het werk van de verpleegkundige minstens even belangrijk. Zo heeft de verpleegkundige, en met name de wijkverpleegkundige, een belangrijke revaliderende functie. Verder heeft de verpleegkundige een steeds grotere rol gekregen in de behandelingsfunctie: bewaking van patiënten (bijv. in intensive care afdelingen), assistentie bij operaties en andere medische ingrepen, uitvoering van behandeling (infusen, injecties e.d.). Zeker bij de wijkverpleegkundigen is er ook sprake van een preventieve functie: consultatiebureaus voor zuigelingen en kleuters (deze worden tegenwoordig op sommige plaatsen zelfstandig geleid door wijkverpleegkundigen), preventief bejaardenbezoek en dergelijke.

In het werk van de huisarts zijn eveneens meerdere functies te herkennen. Alhoewel de huisarts zelf geen verzorgende functie heeft, vervult hij daarbij wel een belangrijke voorwaardenscheppende rol. Vaak wordt namelijk door de patiënt gevraagd (impliciet of expliciet) of hij een beroep op verzorging

kan of moet doen. De huisarts vervult dus een rol bij de indicatiestelling en legitimering van verzorgingsbehoefte. (De dokter heeft gezegd dat ik in bed moet blijven, nog niet mag gaan werken, het kalmaan moet doen en dergelijke.) Een dergelijke rol vervult de huisarts ook bij revalidatie en behandeling: medische verklaring (bijv. urgentie nieuwe woning), verwijzing. Het merendeel van de klachten en problemen van zijn of haar patiënten handelt de huisarts echter zelf af. In zijn werk is het onderscheid tussen revalidatie en behandeling niet altijd even duidelijk; de in de huisartsenpraktijk veel voorkomende symptoombehandeling kan men tot beide functies rekenen. Aan de symptoombehandeling ligt de gedachte ten grondslag dat de patiënt daardoor kan blijven functioneren, terwijl ondertussen een eventueel onderliggend ziekteproces spontaan geneest.

De preventieve functie krijgt een steeds belangrijker plaats in het werk van de huisarts. Dit betreft zowel de medisch-georiënteerde preventie (screening op hoge bloeddruk, overgewicht, baarmoederhalskanker, enzovoort) als de psychosociaal georiënteerde preventie. Met het laatste wordt bedoeld op het vergroten van het inzicht bij de patiënt in de wijze waarop deze met ziekte omgaat. Op die manier tracht de huisarts te voorkomen dat psychosociale problemen worden 'vertaald' in lichamelijke klachten.

In het kader van het allocatievraagstuk vraagt ieder van de vier functies een eigen benadering omdat ze principiële verschillen vertonen in onder andere doelstelling, onderliggend model (relatie doel-middelen), doelgroepen en wijze van indicatiestelling (behoeftebepaling) en effectiviteitscriteria.

3.1 Verzorging

Als onderliggende filosofie van verzorging kan het model belasting/-belastbaarheid worden gehanteerd; een model, dat in de bedrijfsgezondheidszorg is ontwikkeld. Aan de belastingskant staan de taken en activiteiten waarvan uitvoering noodzakelijk is of wordt geacht voor het (menswaardig) bestaan. De belastbaarheid van gezonden is voldoende om deze taken te verrichten, maar bij zieken, ouderen of gehandicapten kan dit in zekere mate verminderd zijn. Verzorging herstelt dan het evenwicht door de belasting te verminderen. Dit werkmodel brengt drie vragen met zich mee:

1. Hoe is belasting te meten?
2. Hoe is belastbaarheid te meten?
3. Hoe is vast te stellen of er evenwicht bestaat tussen belasting en belastbaarheid?

Het antwoord op deze vragen wordt voor een belangrijk deel maatschappelijk bepaald. Verder doen zich op individueel niveau grote verschillen voor. Belasting is afhankelijk van de maatschappelijke positie die men inneemt. Zo zijn er verschillen in belastingspatroon tussen mannen en vrouwen en tussen jongeren en ouderen. Van een bejaarde man wordt bijvoorbeeld niet verwacht dat hij zelf zijn warme maaltijd kan bereiden. In beginsel is echter voor ieder individu de aard en mate van belasting vast te stellen door analyse van taken en activiteiten.

Aan de belastbaarheidskant doen zich daarentegen meer meetproblemen voor. Of iemand in staat is om zelf bepaalde activiteiten uit te voeren is niet meetbaar, althans niet los van het eigen oordeel van de betrokkene. 'Objectieve' metingen geven slechts een grove benadering van de belastbaarheid, bijvoorbeeld koorts, longfunctie, leeftijd. Of er sprake is van evenwicht tussen belasting en belastbaarheid, c.q. van behoefte aan verzorging, wordt derhalve uiteindelijk door de patiënt zelf bepaald.

Op dit punt is overigens een vergelijking met voorzieningen met een verzorgingsfunctie buiten de gezondheidszorg illustratief zoals AOW, Ziekte-wet, AAW/WAO. De AOW is gefundeerd op de gedachte dat ouderen niet mogen worden belast met het voorzien in hun inkomen middels het verrichten van beroepsarbeid. Het evenwicht tussen belasting en belastbaarheid wordt niet individueel vastgesteld. In plaats daarvan is gekozen voor een leeftijdscriterium; arbitrair, maar goed vast te stellen¹⁹. Ziekte-wet en de arbeidsongeschiktheidsverzekeringen (AAW/WAO) werken wel met een individuele beoordeling. Maar in het functioneren van deze sociale verzekeringen is het overduidelijk dat er geen objectieve criteria beschikbaar zijn. Een indicatie hiervoor is het feit dat een groot deel van de stijging van het aantal WAO-uitkeringen voor rekening komt van slecht gedefinieerde diagnoses (psychische afwijkingen en afwijkingen van het bewegingsapparaat)²⁰.

In het kader van allocatie van middelen is het vooral van belang om inzicht te verkrijgen in de behoefte aan professionele verzorging. Deze behoefte wordt bepaald door:

- a. de aanwezigheid van behoefte aan verzorging bij de patiënt;
- b. de aanwezigheid en de belastbaarheid van niet-professionele verzorgers in de omgeving van de patiënt (familie, burens, kennissen, vrijwilligers);
- c. de aanwezigheid van ziekten, klachten of gebreken die speciale vaardigheden in de verzorging en/of een gelijktijdige medische behandeling vergen.

Het derde aspect is met name van belang voor de behoefte aan intramurale verzorging.

Effectiviteit van verzorging en het moment waarop verzorging kan worden beëindigd stuiten bij meting op hetzelfde probleem als bij het meten van behoefte: het feit dat niet goed is vast te stellen of er een evenwicht tussen belasting en belastbaarheid bestaat. De patiënt zal primair degene zijn die bepaalt of verzorging beëindigd of beperkt kan worden. Effectiviteit is in zeker opzicht wel vast te stellen en wel waar het de intensiteit van de verzorging betreft; zowel een overmaat als een tekort aan verzorging kunnen namelijk de belastbaarheid van de patiënt doen afnemen, waardoor de behoefte toeneemt. Een overmaat aan verzorging werkt passiviteit in de hand en versterkt bij de patiënt het idee dat hij niets meer zelf kan. Een tekort impliceert overbelasting van de patiënt, waardoor zijn lichamelijke of geestelijke toestand kan verslechteren.

Intramurale verzorging houdt overigens, afgezien van de intensiteit, het risico van institutionaliseringseffecten (apathie, afhankelijkheid) in²¹.

3.2 Revalidatie

Revalidatie is gericht op herstel of behoud van het maatschappelijk functioneren van de patiënt. De middelen die daartoe kunnen worden gehanteerd zijn zeer divers. In de eerste plaats heeft medische behandeling in veel gevallen een revaliderende functie. Doorgaans worden onder revalidatie echter andere activiteiten en middelen begrepen dan die welke verbonden zijn met medische behandeling van ziekteprocessen, bijvoorbeeld prothesen, hulpmiddelen (rolstoel), fysiotherapie, logopedie. Daarnaast worden medische ingrepen en geneesmiddelen gehanteerd die uitsluitend een revaliderende functie kunnen hebben, bijvoorbeeld plastische chirurgie, slaapmiddelen, kalmerende middelen.

De behoefte aan en de effectiviteit van revalidatie kunnen net als bij verzorging met behulp van het model belasting-belastbaarheid worden geanalyseerd. Revalidatie richt zich vooral op het vergroten van de belastbaarheid. Maar de individuele verschillen zijn hier zo mogelijk nog groter dan bij verzorging. Het maatschappelijk functioneren van een beroepsvoetballer verschilt bijvoorbeeld in vele opzichten van dat van een wetenschappelijk onderzoeker. Voor de een zal een knieblesure een grotere betekenis hebben dan voor de ander. Zowel de behoefte aan als de criteria voor effectiviteit van revalidatie moeten dus individueel worden bepaald. Waarbij ook hier geldt dat het oordeel van de betrokkene doorslaggevend is. Want voor het bepalen van de behoefte aan revalidatie is niet alleen van belang welke rol de patiënt vervult (bijv. een bepaald beroep) maar ook of hij er prijs op stelt deze rol te blijven vervullen.

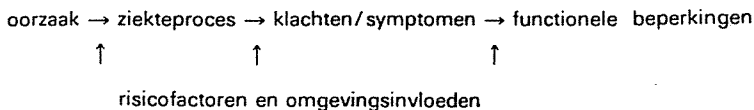
In de ambulante geestelijke gezondheidszorg is overigens een methode

ontwikkeld om de effectiviteit van behandeling te evalueren aan de hand van geïndividualiseerde doelstellingen, die ook op revalidatie kan worden toegepast²². Geestelijke gezondheidszorg heeft in bepaald opzicht een revaliderende functie en wel in die zin dat de patiënt wordt aangepast aan de samenleving.

3.3 Medische behandeling

Geneeskunde is een toegepaste wetenschap. De basis van medische behandeling wordt gevormd door langs empirische weg verkregen kennis van en inzicht in ziekteprocessen.

Het medische ziektemodel kan schematisch als volgt worden weergegeven²³.



Schema 1: Het medisch ziektemodel

Het streven van de medische wetenschap is het zo volledig mogelijk beschrijven van dit model voor iedere ziekte afzonderlijk. Overigens blijkt bij onderzoek vaak dat een syndroom, dat tot dan toe als behorend bij een ziekte werd beschouwd, in feite betrekking heeft op meerdere ziekten. Hoe vollediger de kennis van het ziektemodel, des te meer aanknopingspunten er zijn voor diagnostiek, therapie en preventie. Vooralsnog is de kennis omtrent veel ziekten echter nog zeer onvolledig.

De onderzoeker heeft het voordeel dat hij de gevolgen van bepaalde oorzaken of risicofactoren kan bestuderen. De arts moet echter de omgekeerde weg bewandelen: de patiënt presenteert bepaalde klachten en symptomen, waarna de arts moet achterhalen welk ziekteproces deze veroorzaakt heeft. Dit gaat met een reeks van problemen gepaard.

- a. De klachten en symptomen die de patiënt presenteert, zijn gebrekkige indicatoren van ziekteprocessen. Dat heeft een aantal oorzaken:
 - de klachten en symptomen (pijn, vermoeidheid, koorts e.d.) passen vaak bij een vrij groot aantal ziekten;
 - ziektemodellen zijn meestal probabilistisch en niet deterministisch, dat wil zeggen modellen bevatten geen uitspraken in de trant van 'als ziekteproces A aanwezig is, dan treden altijd de klachten X, Y, Z op', maar bevatten uitspraken als 'indien ziekteproces A aanwezig is, dan is

er een kans p dat klacht X optreedt, een kans q dat klacht Y optreedt en een kans r dat klacht Z optreedt'. Dit probabilistische karakter van ziektemodellen vormt een onvermijdelijke bron van interpretatiefouten;

- de communicatie tussen artsen en patiënt is een belangrijke bron van fouten, bijvoorbeeld doordat de patiënt onvolledige of onjuiste informatie verschaft of doordat de arts informatie anders interpreteert dan de patiënt bedoeld heeft.

b. De arts moet op grond van de klachten en symptomen van de patiënt een strategie voor verder onderzoek uitstippelen. Het is op deze strategie-keuze dat het begrip 'geneeskunst' vooral betrekking heeft. Want de theoretische mogelijkheden voor verder onderzoek zijn vaak veel talrijker dan het aantal dat praktisch hanteerbaar is. De arts kan niet alle beschikbare en enigszins in aanmerking komende diagnostische methodes op de patiënt gaan toepassen. Dit probleem is te vergelijken met dat van een schaker: het evalueren van alle zetten, die vanuit een bepaalde stelling mogelijk zijn, is ondoenlijk. De schaker zal slechts enkele alternatieven onderzoeken en zijn ervaring bepaalt in hoeverre dit de juiste zijn. Ten opzichte van de schaker verkeert de arts in een nadeliger positie, omdat hij niet beschikt over volledige of volledig juiste kennis omtrent de uitgangstelling. Dus ook in de keuze van verder onderzoek zijn fouten onvermijdelijk.

c. Het verdere onderzoek maakt gebruik van methodes, waaraan in beginsel dezelfde beperkingen kleven als aan klachten en symptomen:

- iedere test geeft een zeker percentage onjuiste uitkomsten;
- een bepaalde testuitslag kan in meerdere ziektemodellen passen;
- in een ziektemodel is meestal sprake van een kans op een bepaalde testuitslag.

Daar komt bij dat van de norm afwijkende testuitslagen meestal ook bij een soms hoog percentage gezonden voorkomt. Dat betekent dat hoe meer onderzoeken er bij een patiënt worden gedaan, des te groter de kans is op het vinden van afwijkingen die niets te maken hebben met de ziekte. Bij een te groot aantal onderzoeken verliest de informatie aan waarde. Er bestaat dus een optimum in de hoeveelheid informatie die een arts kan verzamelen: zowel een teveel als een te weinig aan informatie vergroten de kans op onjuiste conclusies.

d. De tijd en de middelen die de arts ter beschikking staan voor het bedrijven van diagnostiek zijn niet onbeperkt. In gevallen waar de kans op aanwezigheid van een ziekte, die spoedig ingrijpen vereist, bestaat moet de

hoeveelheid diagnostiek beperkt blijven. De therapie die dan wordt toegepast kan echter de verdere diagnostiek weer bemoeilijken.

e. Iedere therapie geeft een bepaalde kans op genezing en brengt zekere risico's en bijwerkingen met zich mee. (Aan sommige diagnostische methodes zijn ook risico's en bijwerkingen verbonden.) Dat dwingt tot een afweging waarin de waarde-oordelen van de arts en van de patiënt een belangrijke rol spelen.

Het voorafgaande is van grote betekenis in het kader van het allocatievraagstuk. Het geeft namelijk aan dat de grote variatie in werkwijze tussen artsen, de verschillen in aard en aantallen verrichtingen bij patiënten met bepaalde klachten en een vrij hoog foutenpercentage legitiem en onvermijdelijk zijn.

De behoefte aan medische behandeling is moeilijk te bepalen, omdat er een wisselwerking bestaat tussen behoefte, beschikbare capaciteit en de waarde-oordelen van arts en patiënt. Dit kan worden geïllustreerd aan de hand van de hypothetische casus van patiënt K.

Patiënt K besluit na rijp beraad om met zijn klachten naar zijn huisarts te gaan. Dit beslissingsproces is op zich al zeer gecompliceerd²⁴. Factoren die onder andere een rol spelen zijn de beschikbaarheid en bereikbaarheid van de huisarts; lange wachttijden of afstanden bevorderen uitstel en afstel. Capaciteit en waarde-oordelen van patiënt K en zijn omgeving over zijn ziekte-toestand spelen in deze eerste fase al een belangrijke rol.

De huisarts onderzoekt K en komt tot de volgende conclusie: de kans is groot dat K niets ernstigs mankeert, in welk geval met symptomatische behandeling kan worden volstaan. Er bestaat echter een relatief geringe kans op de aanwezigheid van ziekte D, maar om dat na te gaan zou K naar een specialist verwezen moeten worden. De betreffende specialist heeft een lange wachtlijst, de diagnostiek zal voor K belastend zijn en de kosten voor de verzekering hoog. De afweging is zowel voor K als voor zijn huisarts moeilijk. Belangrijk is in dit verband echter het feit dat beiden een verschillende afweging plegen. K weegt het risico en de consequenties van ziekte D af tegen de belasting van de diagnostiek. De huisarts zal tevens de wachtlijst (hoe meer patiënten hij verwijst, des te langer moeten andere patiënten dan K, met een wellicht grotere kans op ziekte D, wachten) en de kosten (het ziekenfonds heeft al commentaar geleverd op zijn hoge verwijzingspercentage) in zijn overwegingen betrekken.

K gaat uiteindelijk toch naar de specialist. Deze diagnostiseert inderdaad ziekte D, dat wil zeggen hij schat de kans op aanwezigheid van ziekte D zo hoog dat hij behandeling wenselijk acht. Er is ten aanzien van de therapie echter een keuze mogelijk uit twee alternatieven met de volgende eigenschappen:

AD: genezingskans 80%, sterfterisico 5%, geen verhoogd risico op invaliditeit, capaciteit beperkt, kosten hoog;

BD: genezingskans 50%, sterfterisico 1%, risico op blijvende invaliditeit 10%, capaciteit groot, kosten relatief laag.

Patiënt K hoeft niet meteen te beslissen. Maar na lang nadenken en overleg met familie en vrienden kan hij toch geen keuze maken. De dokter moet het maar zeggen. De specialist kiest voor therapie AD: een moeilijke operatie, die voor hem een professionele uitdaging inhoudt, en die bovendien een hoog honorarium oplevert.

Patiënt K komt nu op een wachtlijst te staan. De plaats op de wachtlijst wordt bepaald door de verwachte genezingskans bij iedere patiënt en de urgentie van behandeling.

Op een gegeven moment gaat het K te lang duren en hij ziet kans zich in het buitenland te laten opereren. Zijn (particuliere) ziektekostenverzekeraar vergoedt de kosten.

Deze casus is zeker niet representatief, maar laat wel zien welke subtiele onderhandelings- en afwegingsprocessen een rol spelen en dat de vele betrokken participanten verschillende belangen hebben. Geen van de betrokkenen in dit voorbeeld kan gebrek aan integriteit of een onjuiste beslissing verweten worden. Van belang in het kader van allocatie is vooral het feit dat capaciteit en kosten van invloed zijn op *medische* besluitvorming. Dat impliceert dat de behoefte aan medische behandeling mede wordt bepaald door de capaciteit voor behandeling. Dat stemt ook overeen met het verschijnsel dat tot nu toe een stijging van de capaciteit gepaard is gegaan met een navenante stijging van de medische consumptie.

In het besluitvormingsproces rond medische behandeling is in de toekomst overigens wel een verdere rationalisatie te verwachten door toepassing van beslissingsanalyse, gebruik makend van wiskundige modellen²⁵. In de eerste plaats zullen deze technieken kunnen bijdragen tot grotere efficiëntie. En in de tweede plaats zullen ze het inzicht in het medische besluitvormingsproces vergroten, zodat de invloed van capaciteit- en kostenaspecten duidelijker zichtbaar wordt. In de Verenigde Staten zijn enkele medische faculteiten al begonnen met het introduceren van beslissingsanalyse in het curriculum²⁶.

3.4 Preventie

De preventieve maatregelen en de algemene ontwikkelingen, die in de afgelopen eeuw het meest hebben bijgedragen aan de verdubbeling van de levensverwachting bij de geboorte, vallen merendeels buiten de gezondheidszorg: voeding, huisvesting, waterleiding, riolering, huisvuilverbranding en beperking van de gemiddelde gezinsgrootte²⁷.

De mogelijkheden voor primaire preventie binnen de gezondheidszorg zijn beperkt. De gezondheidsvoorlichting en -opvoeding (GVO) staat daarbij thans het meest in de belangstelling. De behoefte aan GVO en de effectiviteit ervan zijn vooralsnog onzekere factoren.

Uit het onderzoek gehouden in het kader van de actie 'Nederland Oké' bleek opnieuw dat de kennis omtrent ongezonde leefgewoonten onder de bevolking ruimschoots aanwezig is²⁸. Maar de bereidheid en de mogelijkheid om verandering aan te brengen in die leefgewoonten is aanzienlijk geringer. Het lijkt er wel eens op dat men vaak vooral behoefte heeft aan GVO bij anderen, bijvoorbeeld ouders die willen dan hun kinderen worden voorgelicht over de gevaren van drugs, alcohol en sigaretten.

De vroege opsporing van ziekten (secundaire preventie) is een activiteit waar grote behoefte aan blijkt te bestaan. Nu gelden voor vroegdiagnostiek dezelfde problemen als bij klinische diagnostiek en behandeling die in de voorgaande paragraaf zijn weergegeven. Omdat vroege opsporing wordt toegepast op grote groepen gezonden, wordt echter aan de kwaliteit van de diagnostische tests veel hogere eisen gesteld. Als die niet goed differentiëren tussen zieken en gezonden, kan dat er toe leiden dat een groot aantal onderzochten onnodig wordt verwezen voor verder onderzoek en behandeling²⁹. Deze en andere negatieve effecten van bevolkingsonderzoek moeten worden afgewogen tegen het positieve rendement. De gang van zaken rond het bevolkingsonderzoek op baarmoederhalskanker (dat onder politieke druk veel sneller dan gepland landelijk is ingevoerd) en de vraag van vakbonden om periodiek geneeskundig onderzoek van werknemers zijn illustraties van het relatief grote gewicht dat aan de potentiële positieve effecten wordt toegekend.

Een belangrijk aspect van preventie in het kader van allocatie van middelen is de gerichtheid op gezonden, terwijl de drie andere functies van gezondheidszorg op zieken gericht zijn. De doelgroep van preventie verschilt principieel van die van de andere functies, hetgeen bij allocatie van middelen noopt tot afweging van sterk verschillende belangen van verschillende bevolkingsgroepen.

3.5 Functies en voorzieningen

Omdat taken en functies van voorzieningen en beroepen in de gezondheidszorg voortdurend verschuiven, heeft het voordelen om functies als uitgangspunt te nemen voor analyse van allocatievraagstukken. De functie-analyse kan daarna weer vertaald worden naar een taakverdeling tussen voorzieningen.

Dat een voorzieningen-indeling vertroebelend werkt in het beleidproces kan worden geïllustreerd aan het voorbeeld van de 'extramuralisatie', een regelmatig uitgesproken beleidsdoel, inhoudende versterking van de extramurale gezondheidszorg ten koste van de intramurale. De overwegingen die aan dit beleid ten grondslag liggen zijn echter niet al te duidelijk:

- Wordt er een kostenbesparing op de totale gezondheidszorg mee beoogd? Zo ja, waar wordt deze besparing dan verwacht: bij verzorging, revalidatie of medische behandeling?
- Wordt extramurale zorg principieel wenselijker geacht dan intramurale zorg, omdat de patiënt dan in zijn eigen omgeving kan blijven?

Vermoedelijk moeten beide vragen bevestigend worden beantwoord. Indien men vervolgens echter de functies van intra- en extramurale zorg analyseert, dan doet men een aantal problemen en consequenties van het beleid op, waarmee tot nu toe vrij weinig rekening lijkt te zijn gehouden:

- *Verzorging.* Verzorging thuis wordt vermoedelijk door veel patiënten geprefereerd boven opname in een instelling. De verzorgingsbehoefte neemt door extramuralisatie niet af.

Patiënten eerder uit het ziekenhuis ontslaan doet zowel de werkbelasting van wijkverpleegkundigen toenemen als die van het verplegend personeel in ziekenhuizen. Dit werkt in beide sectoren kostenverhogend: wijkverpleegkundigen zijn gemiddeld hoger opgeleid dan het verplegend personeel in ziekenhuizen (en dus duurder) en ze kunnen minder efficiënt werken (o.a. door de benodigde reistijd en het feit dat ze niet zo makkelijk na twee minuten naar een andere patiënt kunnen gaan).

In ziekenhuizen brengt een kortere gemiddelde verpleegduur een hogere werkbelasting (grotere behoefte aan personeel) met zich mee omdat a. in de eerste dagen van een ziekenhuisopname de verpleegintensiteit het hoogst is en b. de ernstig zieke patiënten minder snel ontslagen worden.

- *Revalidatie.* Revalidatie vindt al voor een belangrijk deel extramuraal plaats of in speciale revalidatie-inrichtingen.

Verdere extramuralisatiemogelijkheden moeten waarschijnlijk vooral gezocht worden in het creëren van aangepaste woonvormen voor bejaarden en gehandicapten, waardoor de behoefte aan verzorging kan afnemen. Het financiële resultaat van een dergelijk beleid is echter onzeker.

- *Behandeling.* Vermindering van het aantal verwijzingen van huisartsen naar specialisten zal onder andere kunnen worden bereikt door middel van kleinere praktijken en toename van diagnostische faciliteiten: beide kostenverhogend in de eerste lijn. Een moeilijke vraag hierbij betreft de afweging van een hoger percentage fouten in de diagnostiek (door de beperktere faciliteiten van de huisarts) tegen de mogelijke afname van 'overbodige' diagnostiek en behandeling door de specialist. Een nog onvoldoend onderzocht potentieel effect van versterking van de positie van de huisarts betreft een mogelijke toename van het verwijzingspercentage omdat uitvoeriger onderzoek door de huisarts meer afwijkingen aan het licht brengt.

- *Preventie.* Als de huisarts meer tijd krijgt voor zijn patiënten zal hij

waarschijnlijk onder andere meer activiteit gaan ontplooiën in de sfeer van vroege opsporing van ziekte (anticiperende geneeskunde)¹⁰. Dit leidt op korte termijn tot een toename van het verwijzingspercentage, terwijl de winst op lange termijn nog uiterst onzeker is.

De conclusie dat extramuralisatie waarschijnlijk kostenverhogend werkt, tenzij men een beperking in de capaciteit van de functies aanbrengt, lijkt niet ongerechtvaardigd. De vraag of de prijs (capaciteitsbeperking) tegen de baten opweegt is tot nu toe niet expliciet gesteld. Een functie-analyse zou dergelijke vragen duidelijker naar voren hebben gebracht en tot een ander, genuanceerder en beter afgewogen, beleid hebben kunnen leiden.

4 Meten van behoeften

Voor allocatie van middelen in de gezondheidszorg is onder andere inzicht in de verdeling van behoeften wenselijk. In paragraaf 3 is de problematiek van het bepalen van behoeften op individueel niveau geschetst. In hoeverre is het desondanks mogelijk om op meso- en macroniveau inzicht te krijgen in de behoeften?

Bradshaw heeft in dit kader vier benaderingen onderscheiden, die te zamen het probleem goed dekken¹¹:

1. normative need (normatieve behoefte): door deskundigen vastgestelde behoeftenormen; 'mensen met kenmerken A, B, C . . . hebben behoefte aan zorg X, Y, Z . . .';
2. felt need (gevoelde behoefte): door de bevolking desgevraagd uitgesproken behoeften;
3. expressed need/demand (vraag): behoeften die in een concrete vraag om zorg zijn vertaald;
4. comparative need (vergelijkende behoefte): mensen die geen zorg ontvangen maar wel dezelfde kenmerken vertonen als degenen die wel zorg ontvangen, hebben behoefte aan zorg.

Ieder van deze benaderingen afzonderlijk geeft een sterk vertekend beeld van behoefte aan zorg. Ze kunnen echter ook gecombineerd worden toegepast.

4.1 Behoeftte aan verzorging

Door deskundigen zijn meetinstrumenten ontwikkeld om beperkingen in 'essentiële' activiteiten te meten. De meest bekende daarvan is de ADL-

index, waarin de volgende aspecten worden beoordeeld: baden, aankleden, toiletgebruik, mobiliteit, incontinentie en voeding³². Deze index is door anderen uitgebreid³³. Bij toepassing is gebleken dat dergelijke indices een vrij goede indicatie geven van de mate van verzorgingsbehoefte.

Omdat lang niet iedereen verzorging wenst, al zou hij of zij daarvoor in aanmerking komen, is het nuttig om ook naar de behoefte van de desbetreffende personen te vragen. Tevens kan dan worden gevraagd naar de behoefte aan professionele zorg en de beschikbaarheid van niet-professionele verzorgers.

De eerste twee benaderingen kunnen worden geplaatst tegen de aantallen en kenmerken van degenen die om zorg vragen, waardoor een indruk wordt verkregen van de representativiteit van de vragers. Er kunnen zich bij het totstandkomen van de vraag selectiemechanismen voordoen die bepaalde groepen benadelen. Zo kunnen bijvoorbeeld sommige hulpverleners geneigd zijn om hun cliënten eerder/vaker het vragen om professionele verzorging te adviseren dan anderen. Patiënten met een hogere opleiding weten wellicht beter de weg te vinden dan lager-opgeleiden. Bij voorzieningen met wachtlijsten kan het zijn dat men zich niet aanmeldt, omdat men weet dat zo'n wachtlijst bestaat en er voorlopig dus toch geen kans bestaat om voor zorg in aanmerking te komen.

Vergelijkende behoeftemeting ten slotte, kan dienen om de beschikbare capaciteit beter te verdelen; niet alleen binnen het werkgebied van een voorziening (bijv. een verpleegtehuis voor demente bejaarden), maar ook in het kader van de landelijke of regionale spreiding van voorzieningen.

4.2 *Behoefte aan revalidatie*

In principe kan de hierboven geschetste benadering voor verzorging ook worden gehanteerd voor het schatten van de behoefte aan revalidatie. De informatie over beperkingen zal echter veel specifiek en gedetailleerder moeten zijn om te kunnen bepalen aan welke van de vele vormen van revalidatie behoefte bestaat. Het verzamelen van die gegevens zal vermoedelijk omslachtig en kostbaar zijn. Om pragmatische redenen zal derhalve waarschijnlijk voor de feitelijke vraag als primaire behoefte-indicator gekozen moeten worden.

4.3 *Behoefte aan behandeling*

In paragraaf 3.3 is uiteengezet dat het bepalen van de behoefte aan medische behandeling bijzonder moeilijk is. Als men de bevolking aan de hand van medische criteria onderzoekt, dan blijkt een veel groter aantal mensen voor

behandeling in aanmerking te komen dan het aantal dat daarom vraagt. Men noemt dit wel het ijsberg-fenomeen¹⁴. Uit ander onderzoek komen echter aanwijzingen dat er toch een gezondheidsverschil bestaat tussen degenen die wel en die niet om behandeling vragen ondanks het feit dat er met medische criteria geen onderscheid tussen deze groepen kan worden gemaakt¹⁵.

In paragraaf 3.3 is gewezen op het feit dat behoefte aan behandeling onder andere afhankelijk is van de capaciteit. In het kader van allocatie lijkt daarom de meest praktische benadering te zijn dat de aandacht vooral wordt gericht op de verdeling van de totale capaciteit. Deze vergelijkende behoefteschatting zou op de volgende wijze kunnen plaatsvinden.

a. In het Nederlandse gezondheidszorgsysteem is de huisarts degene bij wie de vraag om behandeling het eerst terecht komt. Een optimale verdeling van de huisartsencapaciteit is daarom essentieel voor een goede spreiding van de behandelingscapaciteit. De bereikbaarheid van de huisarts dient voor iedereen zo gelijk mogelijk te zijn. Daartoe moeten in de allocatie van huisartsencapaciteit ten minste de volgende factoren worden verdisconteerd.

- Praktijkgrootte (capaciteit per patiënt, wachttijden).
- Geografische spreiding. Voor patiënten met mobiliteitsproblemen (bijv. bejaarden) is de afstand van invloed op het bezoeken van de huisarts. In plattelandsgebieden kan rekening worden gehouden met het feit dat de huisarts meer huisbezoeken moet afleggen.
- Praktijkopbouw. Omdat het optreden van ziekte ongelijk gespreid is binnen de bevolking dient de opbouw van het patiëntenbestand van de huisarts in de allocatie van capaciteit te worden verdisconteerd. Daarbij kan onder andere worden gedacht aan het aandeel van de volgende groepen in de praktijk zuigelingen, bejaarden, lagere inkomensgroepen, culturele minderheden. Voor deze verdiscontering kunnen landelijke gegevens omtrent de frequentie van huisartsenbezoek worden gehanteerd.

b. De verdeling van de capaciteit voor specialistische behandeling kan worden beoordeeld door regionale vergelijking van:

- verwijscijfers van de huisartsen naar de verschillende specialismen;
- gegevens omtrent diagnostische en therapeutische verrichtingen, zowel poliklinische als klinische.

Deze gegevens dienen te worden gedifferentieerd naar demografische en andere kenmerken (bijv. leeftijd, beroep, nationaliteit), die gerelateerd zijn aan verschillen in ziektepatroon, en naar respectievelijk verwijzindicatie en diagnose.

c. Een probleem dat na *b* blijft bestaan is dat van de verdeling van capaciteit (in relatie tot de verdeling van behoeften) tussen de diverse medische specialismen en tussen verschillende ziekten. Bij het laatste moet vooral worden gedacht aan ziekten waarvan de behandeling kostbare ingrepen vereist (bijv. nierdiálýse, hartchirurgie, neurochirurgie, radiotherapeutische behandeling). Een mogelijke benadering zou kunnen zijn om uit te gaan van de onder *b* verkregen gegevens omtrent de verdeling van diagnoses en om vervolgens (steekproefgewijs) na te gaan bij welke diagnoses vanwege beperkte capaciteit patiënten op een wachtlijst voor therapie worden geplaatst of voor een alternatieve, minder aantrekkelijke therapie gekozen moet worden. Daarnaast kunnen de wachttijden voor specialistisch consult na verwijzing door de huisarts en de werkbelasting van de verschillende specialismen vergeleken worden.

De hierboven geschetste meetprocedure is verre van volmaakt. Zo wordt niet behoefte gemeten, maar de verhouding tussen capaciteit en behoefte. Voorts bevat de procedure elementen waarmee niet zonder meer ieders instemming kan worden verwacht, bijvoorbeeld de correcties voor praktijk-opbouw. Er is echter geen meetprocedure denkbaar die niet uitgaat van bepaalde waarde-oordelen.

4.4 *Behoefte aan preventie*

Voor het bepalen van de behoefte aan preventie zijn alle vier benaderingen van belang.

De normatieve behoefte wordt bepaald aan de hand van het oordeel van deskundigen omtrent het rendement van preventieve activiteiten. Omdat de deskundigen de voor- en nadelen daarbij moeten afwegen is explicitering van deze afweging noodzakelijk opdat degenen die een allocatiebeslissing moeten nemen en de doelgroep die factoren ook zelf kunnen wegen.

Zoals in paragraaf 3.4 werd gesteld is de gevoelde behoefte, c.q. de politieke druk, bij preventie dusdanig dat de positieve effecten een relatief zwaar gewicht krijgen. Binnen de bevolking bestaan in dit opzicht echter wel verschillen, met name tussen sociaal-economische groeperingen. De behoefte aan preventie is groter bij degenen met een relatief hoger inkomens- en opleidingsniveau. Omdat in de lagere inkomensgroepen het ziekterisico in het algemeen hoger is, doet zich de vraag voor of de behoefte niet extra moet worden gestimuleerd in deze categorie.

De vraag naar, c.q. het feitelijk gebruik van preventie, geeft aan hoe het afwegingsproces tussen voor- en nadelen is uitgevallen. Met name bij vroege opsporing is tevens van belang wat er gebeurt met degenen die verder onderzocht en behandeld zouden moeten worden, gezien de uitslag van de

test. De mate waarin adviezen, verwijzingen en behandelingsvoorschriften (bijv. het innemen van geneesmiddelen) worden opgevolgd is te beschouwen als behoefte-indicator. Voorts kan de (spontane) vraag naar 'check-ups' in de huisartsenpraktijk gemeten worden.

De vergelijkende behoefte ten slotte, zal vooral consumptieverschillen in de bevolking kunnen betreffen, bijvoorbeeld verschillen in opkomstpercentage bij bevolkingsonderzoek tussen wijken in een grote stad³⁶.

4.5 Beschikbaarheid van behoeftegegevens

In Nederland wordt al een grote hoeveelheid gegevens over gezondheid en gezondheidszorg op continue basis verzameld. Voor het schatten van behoefte is het merendeel daarvan echter slechts in beperkte mate bruikbaar. De beperkte bruikbaarheid van registratiesystemen is overigens een algemeen probleem, dat voortkomt uit het feit dat de systemen ofwel voor een specifiek doel of met een brede registratiedoelstelling zijn opgezet. Bij de opzet van een registratie kan de aard van het toekomstige gebruik slechts ten dele worden voorzien. Voorts zijn systemen die rekening houden met een groot aantal gebruiksdoelen in principe kostbaarder, omdat daarin meer variabelen worden gehanteerd en meer mogelijkheden moeten worden ingebouwd om gegevens te koppelen.

Een niet onbelangrijk aspect van registratiesystemen is de bescherming van de privacy van degenen door wie of over wie gegevens zijn verstrekt. Voortdurend zal een afweging gemaakt moeten worden tussen het individuele privacy-belang en het maatschappelijk (gezondheids)belang³⁷.

De in de paragrafen 4.1 t/m 4.4 genoemde gegevens zijn merendeels niet in die vorm beschikbaar. In de meeste gevallen kunnen bestaande registratiesystemen met vrij beperkte aanpassingen de gegevens in de toekomst wel leveren:

- In de gezondheidsenquête, waarmee het Centraal Bureau voor de Statistiek onlangs is gestart, kunnen in beginsel vragen worden opgenomen omtrent beperkingen in (essentiële) activiteiten, gevoelde behoefte aan verzorging en beschikbaarheid van niet-professionele verzorgers en afstand tussen woonadres van de respondent en praktijkadres van de huisarts. De omvang van de steekproef, c.q. de mogelijkheden voor differentiatie van de enquêtegegevens naar bijvoorbeeld regio, zal de mate van bruikbaarheid belangrijk beïnvloeden.
- Gegevens omtrent verwijzingen, verrichtingen en diagnoses worden al op vrij grote schaal verzameld door ziektekostenverzekeraars en voorzieningen. Manco's in deze registraties betreffen a. de mogelijkheden voor differentiatie van de gegevens (bijv. naar demografische kenmer-

ken) en onderlinge koppeling en b. de volledigheid van registratie van gegevens in de extramurale sector.

- Voor een paar soorten gegevens geldt dat ze door middel van incidenteel onderzoek zouden moeten worden verkregen: normen van deskundigen, gevolgen van capaciteitsbeperking voor behandelingsbehoefte.

5 Allocatiemodellen

In paragraaf 1 is aangegeven dat bij budgettering op vier niveaus keuze-problemen optreden: landelijk, regionaal, voorzieningen, individuele hulpverlener.

Bij ieder niveau is vermeld welk type keuze zich voordoet, uitgaande van bepaalde veronderstellingen over het toekomstige beleid. In deze paragraaf wordt het allocatieprobleem op ieder niveau wat nader uitgewerkt en worden enkele voorbeelden van bestaande of in de literatuur voorgestelde allocatiemodellen gegeven.

5.1 *De afweging van gezondheidszorg tegen andere gemeenschapsbelangen*

Van ons nationaal inkomen wordt ongeveer 9% aan gezondheidszorg besteed. Een van de belangrijkste argumenten voor budgettering is het oordeel dat dit percentage niet veel verder mag stijgen. Op de vraag of 8 dan wel 10% te verkiezen is gaan we hier niet in.

Belangrijker lijken namelijk de gezondheidseffecten van de besteding van de overige 91% van het nationaal inkomen en van de wijze waarop dit inkomen wordt verkregen. Leefgewoonten, arbeidsomstandigheden, opleidingsniveau en dergelijke oefenen een veel grotere invloed uit op de volksgezondheid dan de gezondheidszorg. In het kader van een volksgezondheidsbeleid zou dus een afweging van vele aspecten van het functioneren van de samenleving moeten plaatsvinden.

Een allocatiemodel is voor deze afweging nauwelijks te bedenken, als men althans daaraan de eis stelt dat het model enige praktische waarde kan hebben. Dit kan worden toegelicht aan de hand van de twee volgende voorbeelden: consumptie van alcohol en gifbelten.

Dat het roken van sigaretten en de overmatige consumptie van alcohol uiterst negatieve gevolgen voor de volksgezondheid met zich meebrengen, is genoegzaam bekend. De verkoop van sigaretten en alcoholhoudende dranken voorziet echter middels accijnzen en belastingen in een belangrijk deel

van de inkomsten van de overheid. Dit plaatst de overheid voor een dilemma, waarin tot nu toe een halfslachtig beleid is gevoerd. De toch zeer duidelijk aanwezige gezondheidsbelangen blijken een relatief zeer gering gewicht te krijgen.

Bij de gifbelten daarentegen zijn de gezondheidsbelangen veel minder duidelijk en waarschijnlijk aanzienlijk geringer. Desondanks zullen vermoedelijk in de komende jaren wel miljarden guldens worden besteed aan het opruimen van deze gifbelten. Dat is op zich een te waarderen beleid. Maar welke argumenten zijn er om die miljarden niet te besteden aan effectieve bestrijding van roken en overmatig drinken?

5.2 Verdeling van het budget over de regio's

In de toekomst zal wellicht iedere regio een budget voor gezondheidszorg toegekend krijgen dat, binnen zekere richtlijnen, door de regio naar eigen goeddunken kan worden besteed. Nu zijn er tussen de verschillende regio's in Nederland vrij aanzienlijke verschillen in de hoeveelheid voorzieningen en de besteding voor gezondheidszorg per inwoner³⁸.

In 1975 werd in Engeland de Resource Allocation Working Party ingesteld met de opdracht om een sleutel te ontwikkelen voor de regionale verdeling van middelen, gerelateerd aan verschillen in behoefte. Ruim een jaar later kwam de werkgroep met het volgende voorstel³⁹.

- a. Het eerste criterium voor behoefte van regio's wordt gevormd door de aantallen inwoners.
- b. Voor de verschillende typen voorzieningen moet rekening gehouden worden met de opbouw van de regionale bevolking naar leeftijd en geslacht, gerelateerd aan landelijke cijfers betreffende medische consumptie naar leeftijd en geslacht.
- c. Volgens een bepaalde formule worden de bevolkingsaantallen gewogen met behulp van sterftecijfers per regio (gestandaardiseerd voor leeftijd en geslacht). Voor intramurale voorzieningen (excl. psychiatrie) worden de sterftecijfers voor 17 groepen doodsoorzaken apart gerelateerd aan de landelijke gemiddelde verpleegduur voor iedere groep. Voor extramurale voorzieningen wordt totale sterfte als behoefte-indicator gehanteerd.
- d. Vruchtbaarheidscijfers worden gebruikt voor schatting van de behoefte aan voorzieningen gerelateerd aan zwangerschap en bevalling.
- e. Burgerlijke staat dient als correctiefactor voor de behoefte aan intramurale psychiatrische voorzieningen (gehuwden worden minder vaak opgenomen).
- f. Rekening gehouden moet worden met behandeling van patiënten buiten hun eigen regio.

In deze samenvatting is alleen de kern van het voorstel weergegeven voor wat betreft de schatting van behoefte. De RAWP heeft ook voorstellen gedaan omtrent de te volgen procedure bij regionale herverdeling van middelen. Deze houden grofweg in dat de bijstelling van regionale budgetten naar boven of naar beneden per jaar binnen bepaalde grenzen plaatsvindt om al te grote organisatorische en bestuurlijke repercussies te kunnen vermijden. De jaarlijkse correcties op het budget dienen verder afhankelijk te zijn van de afstand tussen het feitelijke budget en het uiteindelijk te bereiken budget per regio.

Het RAWP-model wordt in de praktijk toegepast, ondanks de felle kritiek die er van diverse kanten op is geuit⁴⁰. Het feit dat Engeland een genationaliseerde gezondheidszorg heeft en een andere politieke structuur dan ons land kent, vergroten waarschijnlijk de mogelijkheden voor het nemen en uitvoeren van dergelijke vrij ingrijpende besluiten.

Het sterke punt van het model is het feit dat uitgegaan wordt van beschikbare gegevens met een hoge betrouwbaarheid; sterfte, medische consumptie en demografische gegevens. Een belangrijk bezwaar tegen de toepassing van het model is dat het een omvangrijke reorganisatie van de gezondheidszorg met zich meebrengt, hetgeen op zich een kostbare operatie is.

Of het RAWP-model in ons land navolging verdient is twijfelachtig. Afgezien van de politieke haalbaarheid, geldt voor Nederland dat de afstanden kleiner zijn, waardoor capaciteitsverschillen gecompenseerd kunnen worden door uitbreiding van het ziekenvervoer. De regiogrens overschrijdende medische consumptie is in het algemeen een probleem bij regionale budgettering. Regionale allocatiebeslissingen kunnen daardoor namelijk sterk worden ondermijnd. Want stel dat men in een bepaalde regio lage prioriteit geeft aan voorziening A, maar in een naburige regio geeft men daaraan juist hoge prioriteit. Zal men dan kunnen beletten dat patiënten met behoefte aan voorziening A een beroep doen op deze voorziening in een andere regio? Gezien het feit dat Nederlandse patiënten op dit moment tot in de Verenigde Staten medische zorg ontvangen, lijkt dit weinig waarschijnlijk.

5.3 Verdeling binnen de regio's

Binnen iedere regio moet het beschikbare budget worden verdeeld over verschillende typen voorzieningen. In het voorgaande is gesteld dat functie-analyse hiervoor een goed uitgangspunt zou kunnen vormen.

Gezien de verschillen in doelstelling en doelgroep tussen de vier functies van gezondheidszorg is het niet goed mogelijk om criteria te geven voor de verdeling van het budget over deze functies. Praktisch zal dat vermoedelijk betekenen dat telkens vrij kleine bijstellingen plaatsvinden in de bestaande

verdeling op grond van argumenten voor een specifieke functie-uitbreiding, bijvoorbeeld een nieuw bevolkingsonderzoek of een verpleeginrichting voor demente bejaarden.

Voor iedere functie afzonderlijk zijn er wellicht meer mogelijkheden om tot een politiek hanteerbaar allocatiestrategie te komen. Daartoe zouden de in paragraaf 4 behandelde behoefteschatting als uitgangspunt kunnen dienen. Zoals daarbij is aangegeven, zijn wel politieke afspraken over wegingsfactoren noodzakelijk om de behoeftverschillen te kunnen vertalen in allocatiebeslissingen. In de literatuur over dit onderwerp keren met name de volgende wegingsfactoren regelmatig terug⁴¹:

- de ernst van de ziekte-toestand, afgemeten aan bijvoorbeeld overlijdensrisico, mate van activiteitsbeperking en/of mate van pijnlijkheid;
- de effectiviteit van zorg in verhouding tot de kosten;
- de effecten van de ziekte op de verhouding tussen het economisch actieve en het niet-actieve deel van de bevolking; nadruk zou kunnen worden gelegd op de bestrijding van ziekten die de meest negatieve gevolgen hebben voor economische produktiviteit⁴².

In het onder auspiciën van de Amerikaanse afdeling van de Wereldgezondheidsorganisatie ontwikkelde PAHO-CENDES-model wordt bijvoorbeeld sterk de nadruk gelegd op het sterfterisico en de kosten/effectiviteitsverhouding van behandeling⁴³. Dit model is overigens nauwelijks toegepast. Met name gezondheidseconomen zijn geïnteresseerd in de ontwikkeling van een gezondheidsindex, vergelijkbaar met een economische index als het Bruto Nationaal Produkt. In zo'n index zouden alle relevante wegingsfactoren moeten worden verdisconteerd, waarna de economen met behulp daarvan kunnen berekenen hoe de allocatie van middelen kan worden geoptimaliseerd⁴⁴.

Een kenmerk van veel van dergelijke modellen is dat ze leiden tot allocatie van een relatief groot deel van de middelen aan de zorg voor ernstig zieken. Dat lijkt op het eerste gezicht heel redelijk, maar dit kan leiden tot ten minste twee consequenties die op de langere duur minder aantrekkelijk kunnen zijn:

- trage ontwikkeling van de preventiefunctie. Dit fenomeen is in Nederland en in andere Westerse landen ook waar te nemen; men maakt zich minder druk om de mensen die nu (nog) gezond zijn;
- tekort aan zorg voor de minder ernstig zieken, waardoor de kans op verslechtering van de ziekte-toestand groter kan worden. Adequate verzorging, revalidatie en behandeling van minder ernstig zieken heeft een niet onbelangrijke preventieve werking.

Een wegingsfactor ten slotte, die de laatste jaren steeds meer aandacht krijgt, is de sociale ongelijkheid in gezondheid en gezondheidszorg⁴⁵.

5.4 Allocatie op meso- en microniveau

In de paragrafen 3 en 4 is al het een en ander gezegd over de allocatieproblemen op de niveaus van voorzieningen en van de individuele hulpverlener.

Op het niveau van een voorziening (bijv. ziekenhuis) zullen de marges voor allocatiebeslissingen vermoedelijk gering zijn omdat op regionaal en landelijk niveau al beslist is over de verdeling tussen functies, medisch specialisten en wellicht zelfs patiëntencategorieën. De intramurale voorzieningen worden op dit moment al in een vrij strak planningskeurslijf gebonden.

Het belangrijkste allocatieprobleem op meso- en microniveau betreft waarschijnlijk de selectie van patiënten, gegeven de beschikbare capaciteit en de allocatierichtlijnen van hogerhand. Dit vraagstuk vereist een uitvoeriger analyse dan in dit kader mogelijk is.

Het selectieproces bevat onder andere de volgende elementen:

- afweging door de patiënt;
- afweging door de verstrekker van de belangen van verschillende patiënten;
- afweging van de belangen van de verstrekker.

Het selectieproces zal verschillen vertonen tussen verstrekkers overeenkomstig de verschillen in hun patroon van normen en waarden; in voorzieningen op religieuze grondslag kan het bijvoorbeeld zijn dat aan het behoud van het leven een vrijwel absolute prioriteit wordt toegekend.

De variaties in de aard van de selectieprocedure kunnen ertoe leiden dat patiënten hun keuze van hulpverlener mede laten bepalen door de vraag wiens selectieprocedure hen de grootste kans geeft om de zorg waaraan zij behoefte hebben te verkrijgen. Dit kan bijvoorbeeld het geval zijn bij superspecialistische voorzieningen, waarvoor wachtlijsten bestaan; in het ene ziekenhuis wordt de wachtlijst in volgorde van binnenkomst afgewerkt, terwijl men in een ander de leeftijd van de patiënt een belangrijke rol laat spelen.

Een belangrijk ethisch probleem op maatschappelijk niveau betreft de extra mogelijkheden die patiënten in hogere inkomensgroepen hebben om aan de selectieprocedure te 'ontsnappen'. Wanneer de capaciteit beneden een bepaald niveau daalt zal dit probleem zich onvermijdelijk gaan voordoen. In Engeland en in Oost-Europese landen, waar de gezondheidszorg al geruime tijd nationaal gebudgetteerd en gepland wordt, is in de loop der tijd een

groeidend particulier zorgsysteem (of een 'zwarte markt' in gezondheidszorg) ontstaan. Dit kan aanleiding geven tot maatschappelijke conflicten. Daarentegen kan men ook redeneren dat een particulier circuit de gereguleerde gezondheidszorg ontlast, zodat uiteindelijk iedereen erdoor op vooruit gaat.

6 Slot

Allocatie van middelen stelt op alle niveaus hoge eisen aan de kwaliteit van het besluitvormingsproces. Voor de kwaliteit zijn onder andere de volgende aspecten van belang.

a. Wie nemen er aan het besluitvormingsproces deel? De keuze van de participanten, ieder met hun eigen belangen, normen en waarden, is van grote invloed op de uitkomsten.

Is het bijvoorbeeld wenselijk dat patiënten (-verenigingen) meebeslissen over selectieprocedures? Moet de manpowerplanning, c.q. het aantal opleidingsplaatsen, de opleidingsduur en de arbeidsmarkt, van medische specialisten grotendeels door de professie zelf blijven gebeuren?

b. Waarover wordt telkens beslist? Vanuit de sociaal-medische invalshoek verdient een integrale benadering van het allocatievraagstuk de voorkeur, omdat zulks tot de meest zorgvuldige afweging van belangen kan leiden. Uit bestuurskundig oogpunt daarentegen is een opsplitsing van het probleem in kleine partjes waarschijnlijk aantrekkelijker. Dat is ook de manier waarop nu doorgaans beslissingen worden genomen. Dit heeft echter ten minste twee nadelen:

- De effecten van een zelfstandige beslissing over een klein onderdeel van de gezondheidszorg op de rest van het systeem kunnen ongewenst zijn. In dit type besluitvorming zijn dergelijke ongewenste externe effecten minder goed zichtbaar.
- Zoals de huidige besluitvorming ook laat zien, bestaat politiek de neiging om zich vooral te concentreren op de meest kostbare voorzieningen en speciaal deze aan een maximale capaciteit te binden: nierdialyse, hartchirurgie, neurochirurgie, erfelijkheidsonderzoek en dergelijke. Het is de vraag of deze benadering niet sterk misleidend is; waarschijnlijk zit het merendeel van de kosten (-stijging) in de zogenaamde 'nickle-and dime technology': de goedkope verrichtingen die in grote aantallen plaatsvinden⁴⁶.

c. Wie hakt uiteindelijk de knopen door en bewaakt het besluitvormingsproces? Op dit moment heeft het er veel van weg dat in Nederland geen enkele overheid of organisatie de macht of de kracht heeft om deze taak te vervullen.

d. Uitvoerbaarheid en maatschappelijke aanvaardbaarheid van de genomen beslissingen. Als bijvoorbeeld een allocatiebeslissing wordt genomen, die inhoudt dat het aantal ziekenhuizen moet worden verkleind en dat de vrijkomende middelen moeten worden besteed aan onder andere uitbreiding van het aantal huisartsen, dan is de aanvaardbaarheid en uitvoerbaarheid daarvan, op dit moment althans, in de praktijk aanzienlijk geringer dan in theorie. Dit draagt niet bij tot de kwaliteit van het beleid.

Beperking van de middelen voor gezondheidszorg is, zoals wij in hoofdstuk 3 zagen, volgens economen en politici gewenst. In dit hoofdstuk is aangegeven tot welke complexe, maar niet onoplosbare, keuzeproblemen dit kan leiden. De hamvraag voor de toekomst is echter in hoeverre de participanten en belanghebbenden in het allocatieproces erin zullen slagen om beperkingen van middelen ook op een doeltreffende en voor iedereen zo aanvaardbaar mogelijke wijze te realiseren. Dat is het thema van het hierna volgende hoofdstuk.

NOTEN EN LITERATUURVERWIJZINGEN

1. De huisarts Ruhe schatte dat in zijn praktijkgebied (Hilvarenbeek) tweederde van de bevolking tot 1938 nog nooit de hulp van een arts had ingeroepen. En als het al gebeurde was de patiënt vaak al overleden voordat de huisarts ter plaatse was. H. A. M. Ruhe, *Een huisartsenpraktijk in 1938 en 1954*. Assen, 1957.
2. Alhoewel de situatie in Engeland niet in alle opzichten vergelijkbaar is met die in ons land is de analyse van de Engelse gezondheidszorg voor de invoering van de National Health Service van de econoom Abel-Smith in dit opzicht zeer informatief. B. Abel-Smith, *The Hospitals 1800-1948*, Heinemann, Londen, 1964.
3. Volgens Thurow kan de democratie in een welvaartsstaat alleen bij groei goed functioneren, omdat tijdens een economische recessie belangengroepen en lobby's de besluitvorming blokkeren. Zie: De vijfde doelstelling, themanummer over inkomensbeleid. In: *Intermediair* 17 nr. 19 (1981). De recente ontwikkelingen in de Verenigde Staten na de verkiezing van president Reagan lijken de theorie van Thurow echter tegen te spreken.
4. Cijfers 1978. Centraal Bureau voor de Statistiek en Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne, *Compendium Gezondheidsstatistiek Nederland 1979*. Staatsuitgeverij, 's-Gravenhage, 1980.
5. Cijfers 1976/77. *Compendium Gezondheidsstatistiek 1979* o.c.
6. Cijfers 1979. *Compendium Gezondheidsstatistiek 1979*, o.c.
7. McKeown heeft voorgesteld om ziekenhuizen, verpleeghuizen en psychiatrische inrichtingen te bundelen, zodat de laatste kunnen profiteren van de hoogwaardige staf in ziekenhuizen. Th. McKeown, *Medicine in modern society*. George Allen en Unwin, Londen, 1965.

8. D. H. Sipsma, Advies inzake de ontwikkeling van de sociale geriatrie. In: G. A. de Jong (red.), *Ongelijkheid in gezondheid en gezondheidszorg. T. soc. Geneesk.* 58 suppl. pp. 162-168 (1980).
9. G. A. de Jong, Ongelijkheid in gezondheid en gezondheidszorg; verklaringen en toekomstverwachtingen. In: G. A. de Jong (red.), *Ongelijkheid in gezondheid en gezondheidszorg, o.c.*, pp. 178-183.
10. A. Lau-IJzerman, J. D. F. Habbema, P. J. van der Maas, T. van den Bos, J. B. J. Drewes, P. M. Verbeek-Heida en J. W. Oosterbaan, *Vergelijkend buurtonderzoek naar sterfte, ziekenhuisopname en langdurige arbeidsongeschiktheid in Amsterdam; eindrapport*. Instituut voor Sociale Geneeskunde, Universiteit van Amsterdam, 1980.
11. F. F. H. Rutten en J. H. Baaij, Ongelijkheid in de intramurale gezondheidszorg. In: G. A. de Jong (red.), *Ongelijkheid in gezondheid en gezondheidszorg, o.c.* pp. 122-128.
12. Cartwright geeft aan dat naarmate de sociale klasse van een patiënt hoger is, de duur van huisartsenconsulten langer is, de patiënt meerdere problemen met de arts bespreekt en meer informatie over zijn ziekte en de behandeling vraagt.
A. Cartwright, What goes on in the General Practitioners Surgery? In: R. M. Acheson en L. Aird (red.), *Seminars in Community Medicine*. Vol. I, *Sociology*. Oxford University Press, Londen, 1976.
Cassee vond in zijn onderzoek eveneens verschillen in de relatie tussen huisarts en patiënt naar sociale laag.
E. Th. Cassee, *Naar de dokter; enkele achtergronden van ziektegedrag en gezondheidszorg*. Boom, Meppel, 1973.
13. D. P. Forster, Social class differences in sickness and general practitioner consultations. In: *Health Trends* 8, pp. 29-32 (1976).
J. L. A. van Sonsbeek en J. T. P. Bonte, Het ontbreken van differentiële gezondheidsstatistiek. In: G. A. de Jong (red.), *Ongelijkheid in gezondheid en gezondheidszorg, o.c.* pp. 118-121.
V. Walters, *Class inequality and health care*, Croom Helm, Londen, 1980.
14. M. Hakama en U. Räsänen-Virtanen, Effect of a mass screening program on the risk of cervical cancer. In: *Amer. J. Epidemiol.* 103, pp. 512-517 (1976).
H. J. Schneider, Verschillen in de gezondheid van de Rotterdamse bevolking. In: G. A. de Jong (red.), *Ongelijkheid in gezondheid en gezondheidszorg, o.c.*, pp. 107-114.
15. *Inequalities in health; report of a research working group*. Department of Health and Social Services, Londen, 1980.
16. A. L. Cochrane, *Effectiveness and Efficiency: random reflections on health services*. Nuffield Provincial Hospitals Trust, Londen, 1972.
17. J. Tudor Hart, The Inverse Care Law. In: *The Lancet* I, pp. 405-412 (1971).
18. G. K. Chacko, Systems approach to policy perspectives of care and cure. In: G. K. Chacko (red.), *Health handbook*. North-Holland Publ. Comp., Amsterdam, 1979.
19. Dergelijke vaste normen bestaan in sommige landen ook bij de vaststelling van uitkeringspercentages bij arbeidsongeschiktheid; de zogenaamde baremale schatting. Iedere handicap is daarbij gebonden aan een vast uitkeringspercentage.
20. P. J. van der Maas, Arbeidsverzuim en arbeidsongeschiktheid in verband met psychische afwijkingen. In: *T. soc. Geneesk.* 53, pp. 440-451 (1975).
21. Deze effecten zijn uitvoerig bestudeerd in psychiatrische inrichtingen.
E. Goffman, *Asylums*. Doubleday en Company, New York, 1961.

22. J. T. Kiresuk en R. E. Sherman, Goal Attainment Scaling; a general method for evaluating comprehensive community mental health programs. In: *Community ment. Hlth J.* 4, pp. 443-453 (1968).
23. Zie voor een uitvoeriger analyse van het medische ziekteconcept:
F. Kräupl Taylor, *The concepts of illness, disease and morbus*. Cambridge University Press, Cambridge, 1979.
24. Zie voor Nederlands onderzoek op dit gebied bijvoorbeeld:
E. Th. Cassee, o.c. en M. Mootz, *De patiënt en zijn naasten; de invloed van houdingen in het persoonlijk netwerk van de patiënt op zijn medische consumptie*. Proefschrift, R.U. Limburg, Maastricht, 1981.
25. Op de mogelijkheden van toepassing van beslissingsanalyse op medische problemen werd in 1959 het eerst gewezen door L. S. Ledley en L. B. Lusted, The reasoning foundations of medical diagnosis. In: *Science* 130, pp. 9-21 (1959). Daarna is het aantal toepassingen snel toegenomen en bestaat er tegenwoordig zelfs een apart tijdschrift over dit onderwerp. Zie voor een Nederlandstalig overzicht:
J. D. F. Habbema, Besluitvormingsmodellen in de geneeskunde. In: P. G. Gerling e.a. (red.), *Het Medisch Jaar 1978*. Bohn, Scheltema en Holkema, Utrecht, pp. 489-498, 1978.
26. S. R. Eastaugh, Teaching the principles of cost-effective clinical decision making to medical students. In: *Inquiry* 18, pp. 28-36 (1981).
27. Th. McKeown, *The role of medicine: dream, mirage or nemesis*. Nuffield Provincial Hospitals Trust, Londen, 1976.
28. H. Adriaanse, M. Drop, R. Halfsen en H. Philipsen, *Leeft Nederland Oké; verslag van een onderzoek naar de beleving, opvattingen en gedragingen inzake gezondheid in Nederland*. R.U. Limburg, Maastricht, 1981.
29. Een uitvoeriger beschouwing omtrent de voor besluitvorming relevante aspecten van bevolkingsonderzoek is te vinden in:
Verslag Symposium Bevolkingsonderzoek en Beleid. In: *T. soc. Geneesk.* 56, nr. 1 (1978).
30. Zie onder andere: C. van Weel, *Anticiperende geneeskunde*. Proefschrift, Erasmus Universiteit Rotterdam, 1981.
31. J. Bradshaw, A taxonomy of social need. In: G. McLachlan, *Problems and progress in medical care*. Oxford University Press, Londen, pp. 71-82, 1972.
32. S. Katz, A. B. Fors, R. W. Moskowitz, B. A. Jackson en M. W. Jaffe, Studies of illness in the aged; the index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function. In: *J. Amer. med. Ass.* 185, 914-919 (1963).
33. Zie bijvoorbeeld: K. G. Wright, Output measurement in practice. In: A. J. Culyer en K. G. Wright (red.), *Economic aspects of health services*. Martin Robertson, Londen, pp. 46-64, 1978.
34. J. M. Last, The Iceberg. In: *The Lancet* II, 28 (1963).
35. G. Rose, P. J. S. Hamilton, H. Keen, D. D. Reid, P. McCartney en R. J. Jarrett, Myocardial ischaemia, risk factors and death from coronary heart disease. In: *The Lancet* I, pp. 105-109, 1977.
36. Zie bijvoorbeeld: H. J. Schneider, Verschillen in de gezondheid van de Rotterdamse bevolking. In: G. A. de Jong (red.), *Ongelijkheid in gezondheid en gezondheidszorg*, o.c., pp. 107-114.
37. P. J. van der Maas, J. D. F. Habbema en R. Hayes, Privacy-bescherming en sociaal-medisch onderzoek. In: *T. soc. Geneesk.* 59, pp. 403-412 (1981).
38. Illustratief in dit verband zijn de verschillen in kosten per verzekerde tussen ziekenfondsen. In 1980 was het fonds in Delft het duurst (f 1751,- per verzekerde) en dat in Brielle het voordeligst (f 917,- per verzekerde).

39. Departement of Health and Social Security, *Sharing resources for health in England; Report of the Resource Allocation Working Party*. Her Majesty's Stationary Office, Londen, 1976.
40. Een vrij uitvoerige kritiek is te vinden in:
G. Bevan, H. Copeman, J. Perrin en R. Rosser, *Health Care priorities and management*. Croom Helm, Londen, 1980.
41. Een goed overzicht van de literatuur is te vinden in:
G. Lind en C. Wiseman, Setting health priorities: a review of concepts and approaches. *J. soc. Policy* 7, pp. 411-440 (1978).
42. Zie bijvoorbeeld: K. Kjeldsen, Evaluation of the impact of various diseases on mortality. In: *Bull. Wld Hlth Org.* 52, pp. 369-375 (1975).
43. J. Ahumada, e.a., *Health planning; problems of concept and method*. Pan Amer. Hlth Org., Washington DC, 1965.
44. Een van de meest uitgewerkte economische modellen is te vinden in:
A. J. Culyer, R. J. Lavers en A. Williams, Social indicators; health. *Social Trends* 2, pp. 31-42 (1971).
45. G. A. de Jong (red.), Ongelijkheid in gezondheid en gezondheidszorg, o.c. en Inequalities in health, o.c.
46. Zie hiervoor bijvoorbeeld: T. W. Moloney en D. E. Rogers, Medical technology; a different view on the contentious debate over costs. In: *New Engl. J. Med.* 301, pp. 1413-1419 (1979).

KENNIS IS MACHT, MAAR MACHT IS MEER DAN KENNIS

DE BETEKENIS VAN ONDERZOEK VOOR BELEID

Gaspard A. de Jong

Studierichting Algemene gezondheidszorg, Erasmus Universiteit Rotterdam

Van onderzoek wordt een bijdrage verwacht aan de oplossing van beleidsproblemen. Onderzoekers verwachten dat hun aanbevelingen gebruikt zullen worden in het beleid. Dit blijkt in de praktijk met de nodige problemen gepaard te gaan.

Op verschillende manieren is getracht hiervoor oplossingen te vinden: o.a. door het toepassen van kwalitatieve onderzoeksmethoden, door de communicatie tussen onderzoek en beleid te intensiveren en door het ontwikkelen van wetenschaps- en onderzoeksbeleid.

Onderzoek naar factoren die het gebruik van onderzoeksresultaten in beleid beïnvloeden roept vragen op naar de juistheid van het gangbare rationele beleidsmodel. Volgens een alternatief model is kennis, verkregen uit onderzoek slechts een van de vele soorten kennis die in beleidsprocessen een rol spelen. Is het een illusie om te denken dat onderzoek een gerichte bijdrage aan beleid kan leveren?

'There is nothing a government hates more than to be well informed; for it makes the process of arriving at decisions much more complicated and difficult'. (Keynes, geciteerd in Higgins 1980).

INLEIDING

De beleidssector en de onderzoekssector hebben hoge verwachtingen van elkaar. In de beleidssector verwacht men dat onderzoekers een helpende hand kunnen bieden bij het begrijpen en het oplossen van de vaak gekompliceerde problemen, die zich in het beleid voordoen. In de gezondheidszorg is deze verwachting o.a. gevoed door de resultaten die het medisch-wetenschappelijk onderzoek heeft opgeleverd bij de bestrijding van ziekte en het verbeteren van de volksgezondheid. In het algemeen is het optimisme omtrent de oplosbaarheid van problemen langs de weg van wetenschappelijk onderzoek groot. Sociaal-wetenschappelijk onderzoekers hebben dergelijke verwachtingen gewekt ten aanzien van hun bijdrage aan de oplossing van sociale problemen (Nota Gedrags- en Maatschappijwetenschappen 1983). Dit beeld werd versterkt door het gebruik van termen als 'sociale technologie' (Van Beugen 1968).

Veel van de problemen in het gezondheidszorgbeleid zijn te beschouwen als sociale problemen: financiering, organisatie, afstemming van vraag en aanbod, e.d.. Onder de brede noemer van gezondheidszorgonderzoek houden onderzoekers uit diverse disciplines zich met dergelijke problemen bezig, vaak op verzoek of zelfs in opdracht van beleidsinstanties. Gezien de betrokkenheid van vele van deze onderzoekers bij de problemen in de gezondheidszorg, verwachten zij dat door het beleid iets met de resultaten van hun onderzoek zal worden gedaan. Hoe interessant het doen van onderzoek ook mag zijn, het kunnen waarnemen van effecten in de praktijk voegt een belangrijke dimensie toe. Beide sectoren, beleid en onderzoek, zijn in deze verwachtingen teleurgesteld. Onderzoekers blijken weinig bruikbare oplossingen voor beleidsproblemen te kunnen bieden. En onderzoekers ondervinden, dat resultaten die hun inziens aanleiding zouden moeten zijn voor het nemen van bepaalde beleidsbeslissingen daar vaak niet toe leiden. In beide sectoren wordt dit als een probleem ervaren en in beide heeft men haar oplossingen gezocht met de middelen

die men het best kent. De onderzoekers hebben onderzoek gedaan en nieuwe methoden ontwikkeld. Beleidsinstanties hebben meer beleid ontwikkeld ten aanzien van onderzoek. Men kan echter op dit moment helaas nog niet conkluderen dat deze activiteiten tot tastbare en bevredigende veranderingen hebben geleid. Zijn de problemen dan wellicht structureel van karakter?

OPZET VAN DIT ARTIKEL

Over de relatie tussen beleid en onderzoek is de laatste jaren veel geschreven. (De problematiek werd overigens al in 1949 door Merton vrij volledig geanalyseerd) Dit artikel beoogt aan de hand van een noodzakelijkerwijs beknopt overzicht van deze literatuur enkele (voorlopige) conclusies te trekken.

Daarbij moeten onmiddellijk twee beperkingen worden genoemd. In de eerste plaats ligt het accent is de selectie van literatuur en van thema's op het zgn. beleidsgerichte onderzoek (of beleidsonderzoek), dat we hier als volgt omschrijven: onderzoek dat wordt verricht ten behoeve van identificeerbare personen, groepen, instellingen of instanties ter ondersteuning van door hen nagestreefde doelen. Kortom, we richten ons hier vooral op onderzoek, waarvan het de uitdrukkelijke intentie is dat de resultaten ervan in het beleid gebruikt (kunnen) worden. Een tweede beperking van dit artikel is gelegen in (de literatuur over) beleidsgericht onderzoek zelf. Het overgrote deel van dit onderzoek is verricht voor 'grote' opdrachtgevers; overheidsinstanties, grote bedrijven, e.d. Voor bijvoorbeeld beroepsorganisaties of patiëntenverenigingen is relatief weinig onderzoek verricht. Dat bemoeilijkt het trekken van conclusies want het is moeilijk uit te sluiten dat de problematiek van beleidsgericht onderzoek voor een deel het gevolg is van de interne problemen van deze grote opdrachtgevers, voortvloeiend uit hun bureaucratische karakter.

De opbouw van het artikel is als volgt: Eerst wordt een beeld geschetst van de vele problemen, die zich bij beleidsonderzoek kunnen voordoen. Alhoewel deze schets voornamelijk is gebaseerd op eigen onderzoekservaring en publikaties van onderzoekers is getracht ook het perspectief

tief van de beleidssector op de problemen zo goed mogelijk weer te geven. In de problematiek van beleidsonderzoek komt een aantal thema's voor, die in de literatuur regelmatig terugkeren: In de eerste plaats is daar het wetenschapstheoretische probleem van de 'vertaling' van beleidsvragen in onderzoeksvragen. Het belangrijkste probleem daarbij lijkt te zijn dat de reductie die de onderzoeker in het probleem wil aanbrengen om het voor onderzoek hanteerbaar te maken, voor de opdrachtgever te ver gaat of in zijn ogen verkeerde prioriteiten volgt. Beleidssector en onderzoekssector hebben moeite met het begrijpen van elkaars problemen. Vervolgens komt de vraag aan de orde in hoeverre voor beleidsonderzoek andere methoden moeten worden gevolgd en in hoeverre de rol van de onderzoeker anders moet zijn. Eén van de kwesties die in onderzoekskringen veel stof heeft doen opwaaien is het gebruik van kwalitatieve onderzoeksmethoden. Sluiten deze methoden echt beter aan bij beleidproblemen of worden ze vooral gebruikt om de opdrachtgever te laten horen wat hij graag zou willen horen? Na een korte beschouwing over de invloed van organisatorische aspecten op de relatie onderzoek-beleid gaan we in op het gebruik van wetenschapsbeleid en onderzoeksbeleid als middel om onderzoek en beleid beter op elkaar af te stemmen.

De relatie tussen onderzoek en beleid is inmiddels zelf een onderzoeksterrein van betekenis geworden. Het meten van het gebruik van onderzoeksresultaten in beleid blijkt bijzonder moeilijk. Het interpreteren van de uitkomsten van het gebruiksonderzoek is dan ook lastig. In ieder geval heeft dit onderzoek de nodige vragen opgeroepen omtrent het karakter van het beleidsproces: 'Is beleid wel zo rationeel als vaak (door onderzoekers) wordt verondersteld?'. Aan de veranderende opvattingen omtrent het functioneren van beleidsprocessen is een aparte paragraaf gewijd. Tenslotte proberen we uit het voorafgaande enkele conclusies te trekken. Deze betreffen met name de vraag bij welk type beleidsvragen bepaalde typen van onderzoek het beste lijken te passen. Daarbij kan vanzelfsprekend niet aan de conclusie worden ontkomen dat de bijdrage van onderzoek aan de oplossing van beleidsproblemen niet mag worden overschat.

PROBLEMEN VAN BELEIDSONDERZOEK

Om de lezer een beeld te geven van de problemen die zich bij het doen van beleidsonderzoek kunnen voordoen volgen we in deze paragraaf de verschillende fasen van zo'n onderzoek. Bij iedere fase worden problemen beschreven, die door onderzoekers en door beleidsfunctionarissen zijn ervaren. Zoals hierboven al werd opgemerkt berust deze beschrijving voor een belangrijk deel op ervaringen van de auteur opgedaan in een tiental beleidsonderzoeken. Alhoewel niet is uit te sluiten dat de problemen toe te schrijven zijn aan persoonlijke tekortkomingen, is dit weinig waarschijnlijk. Want alle hieronder beschreven problemen zijn door meerdere onderzoekers en beleidsfunctionarissen gemeld. Wat wel moeilijk is te schatten is de frekwentie waarmee de problemen zich in het algemeen voordoen. Hierover is helaas weinig empirisch onderzoek voorhanden.

Het Initiatief

Het initiatief voor beleidsonderzoek gaat meestal uit van de beleidssector. Er wordt behoefte aan onderzoek gekonstateerd. Vervolgens wordt een onderzoeksinstelling of een specifieke onderzoeker benaderd. Dat kan ook een interne onderzoeksafdeling bij de betreffende beleidsinstantie zijn. In één van de volgende paragrafen komt nog aan de orde in hoeverre deze interne onderzoekers in mindere mate

gekonfronteerd worden met de problemen van beleidsonderzoek.

Bij de eerste contacten doet zich vaak al een belangrijk probleem voor, dat gedurende het gehele verdere verloop van het onderzoek een rol kan blijven spelen. De initiatiefnemer kan de onderzoeker niet goed duidelijk maken welk probleem er precies moet worden onderzocht en wat er van het onderzoek wordt verwacht. Voor de onderzoeker klinkt het allemaal erg vaag en erg breed. Er is geen vat op te krijgen. Of men spreekt aan de beleidskant over specifieke oplossingen zonder de relatie met het op te lossen probleem goed aan te geven. De onderzoeker vraagt zich dan af op welke veronderstellingen en modellen deze oplossingen berusten. Het is niet zo verwonderlijk dat de beleidsfunctionaris zijn probleem niet helder kan presenteren, want één van de belangrijkste motieven voor het laten doen van onderzoek is het feit dat men een beter inzicht in het probleem wil krijgen.

Van de Vall (1980) vond in zijn onderzoek naar de factoren die het gebruik van onderzoek in beleid beïnvloeden, dat vooral in de welzijnssector beleidsonderzoek in de fase van probleemformulering grote vertraging oploopt. Hij schrijft dit toe aan de complexiteit van de problemen in deze sector.

In de beleidssector konstateert men een vaak beperkte kennis van het actuele beleid bij onderzoekers. Illustratief is de verzuchting van de onderzoekscoördinator van het Directoraat-Generaal van de Volksgezondheid dat onderzoekers blijven verwijzen naar de Structuurnota Gezondheidszorg 1974 alsof er sindsdien geen ontwikkelingen meer in het beleid zouden hebben plaatsgevonden (Van Etten 1980). Als onderzoekers het beleid zo slecht volgen kunnen ze de problemen ook niet goed begrijpen.

Van beleidsvraag naar onderzoeksvraag

Desondanks zullen onderzoekers meestal toch proberen een onderzoeksvoorstel uit te werken. Op de motieven daarvoor komen we nog terug. Het probleem dat zich dan echter voor kan doen is dat de opdrachtgever zijn probleem niet meer herkent in het onderzoeksvoorstel. In onderzoekstermen geformuleerd lijkt het niet meer op het oorspronkelijke probleem. Wat is hier gebeurd? De onderzoeker is in zijn poging om vat te krijgen op de vraag teruggevallen op zijn eigen referentiekader. De onderzoeker kan niet putten uit beleidservaring, maar wel uit eigen onderzoekservaring en wetenschappelijke literatuur. Bij de betrokken beleidsfunctionarissen kan dit het misverstand wekken dat de onderzoeker het beleidsprobleem gebruikt als middel om subsidie te krijgen voor een onderzoek, dat hem meer interesseert dan de beleidsvraag. Vooral bij universitaire onderzoekers die het materiaal willen gebruiken voor een promotie zou dit het geval kunnen zijn. Om zich daartegen in te dekken wordt soms in de subsidievoorwaarden opgenomen dat het onderzoek niet voor dit doel mag worden gebruikt.

Motieven voor beleidsonderzoek

Beleidsvragen worden door onderzoekers met een zekere argwaan bejegend. Want het is vaak onduidelijk welk motief voor onderzoek er achter de vraag schuil gaat. De eerder geschetste vaagheid van beleidsproblemen kan door een onderzoeker worden toegeschreven aan het feit dat de opdrachtgever zijn werkelijke motieven liever niet prijsgeeft. Naast de ongetwijfeld vaak bestaande reële behoefte aan inzicht in een probleem en aan goed onderbouwde beleidsalternatieven is een aantal andere motieven denkbaar. Weiss (1977) somt er een aantal op:

Motieven vanuit het beleid:

- uitstel van een beslissing;
- vermijden van verantwoordelijkheid voor een bepaalde beleidsbeslissing;
- politiek uitbuiten van een succesvol beleid door ook met onderzoek aan te tonen hoe goed het is;
- bestrijden van het beleid van een politieke tegenstander;
- prestige van een beleidsinstantie vergroten door opdrachten te verlenen aan bekende onderzoekers.

Motieven van onderzoekers:

- sluitend maken van de begroting van universitaire afdelingen of onderzoeksinstituten en het verlengen van de aanstelling van goede onderzoeksmedewerkers in tijdelijke dienst;
- bieden van een leersituatie aan een beginnende onderzoeker of een doktoraal-student;
- krijgen van gelegenheid om verder onderzoek te doen naar belangrijke sociale problemen.

Tot zover de opsomming van Weiss.

Niet door haar genoemd is het feit dat de aanleiding voor beleidsonderzoek vaak een incident is, bijvoorbeeld een motie in gemeenteraad of parlement. Het risico dat te zijner tijd niemand meer geïnteresseerd is in de resultaten van het onderzoek is in een dergelijke situatie vrij groot. Incidenten worden snel verdrongen door andere. Het verweer van beleidszijde hierop is dat men graag zou zien dat onderzoekers ook snel iets zouden kunnen uitzoeken, desnoods niet zo diepgaand als strikt genomen wenselijk zou zijn. De onderzoekers zouden hun tempo aan moeten passen bij dat van het beleid.

Het andere uiterste is de situatie waarin de opdrachtgever een uitgewerkt onderzoeksbeleid heeft dat is ingepast in een lange termijn beleid. Dat is in velerlei opzicht aantrekkelijk voor zowel de beleidsinstantie zelf als voor de onderzoekers. Maar het probleem hierbij is soms dat de opdrachtgever niet alleen het beleidsprobleem aan de onderzoeker voorlegt maar ook bijna wil aangeven welke resultaten er van de onderzoeker worden verwacht.

Overige motieven voor beleidsonderzoek die hier kunnen worden genoemd zijn:

- doordrukken van veranderingen door ze als experiment te betitelen en dit te 'evalueren'. Het predikaat 'experimenteel' verdwijnt daarna geruisloos;
- veld rijp maken voor verandering door mensen via onderzoek aan bepaalde ideeën te laten wennen;
- onderzoeker krijgt toegang tot anders moeilijk toegankelijke gegevens, instellingen of populaties;
- nastreven van eigen politieke doeleinden van de onderzoeker.

De motieven die een beleidsinstantie of een onderzoeker heeft worden vaak pas in de loop van een beleidsonderzoek zichtbaar aan de hand van de problemen die zich voordoen.

Besluitvorming over onderzoek

Inmiddels zijn we in de fase beland waarbij de onderzoeker een definitief voorstel heeft ingediend. Dan treedt een besluitvormingsprocedure in werking, vooral bij overheidsinstanties, die lang kan duren. Nadat de onderzoeker onder druk is gezet om zo snel mogelijk met een voorstel te komen heeft men soms maanden nodig om definitief goedkeuring te verlenen aan de uitvoering van het onderzoek. Voor de onderzoeker is dit merkwaardig omdat er al uitvoerig overleg aan is vooraf gegaan, en alles rond lijkt te zijn. De onderzoeker staat inmiddels dan ook klaar om te beginnen; er was immers gezegd dat er haast bij was.

Soms moet de onderzoeker zijn voorstellen nog eens komen toelichten bij commissies of adviesgroepen, waarvan de deskundigheid van de leden meer ligt op beleidsterrein dan op onderzoeksgebied. Wat de onderzoeker hierbij over het hoofd ziet is het feit dat zijn kontaktpersoon bij de

betreffende beleidsinstantie geen volledig mandaat heeft om beslissingen te nemen. Hij heeft zeker niet de mate van professionele autonomie die de meeste onderzoekers hebben. Onderzoeksvoorstellen kunnen in bureaucratische organisaties aanleiding zijn tot competentiestrijd tussen afdelingen. Zonder zich daarvan bewust te zijn is de onderzoeker al een pion in het beleidsproces geworden.

Medewerking van het veld

Eindelijk gaat het onderzoek dan van start en kan het veldwerk beginnen. Er is een begeleidingscommissie samengesteld met niet altijd geheel duidelijke taken en bevoegdheden en met een samenstelling die soms al bij voorbaat zorgt voor een aantal conflicten. Begeleidingscommissies moeten ook aan tegenstrijdige eisen voldoen. Enerzijds dienen ze de onderzoeker te helpen bij de uitvoering van zijn onderzoek. Anderzijds vervullen ze ook een belangrijke rol bij de verspreiding van de resultaten in het veld. Dat nodigt echter uit tot beleidsonderhandelingen in de begeleidingscommissie over de praktische implicaties van de onderzoeksresultaten. Volgens Van de Vall (1980) achten de meeste onderzoekers en beleidsfunctionarissen een begeleidingscommissie effectief. Maar daar moet wel een zekere prijs voor betaald worden.

Wat vervelender is is het feit dat de medewerking van het veld, vooral als het om instellingen of beroepsbeoefenaren gaat, vaak tegenvalt. Men acht zich onvoldoende bij de opzet betrokken, heeft bij nader inzien toch een paar vragen, wil van het beleid precies weten wat men met de resultaten gaat doen, vindt dat het allemaal toch wel erg veel tijd kost, enzovoort. Dit soort reacties wordt niet voorkomen door voorafgaand overleg met vertegenwoordigers uit het veld. Men acht zich daar in het veld zelden aan gebonden, omdat medewerking aan het onderzoek toch niet kan worden afgedwongen. En medewerking onder dwang zou de kwaliteit van de gegevens in de meeste gevallen niet ten goede komen. De medewerking van instellingen en beroepsbeoefenaren is meestal pas groot als zij het onderzoek duidelijk in hun eigen voordeel achten. Dat is niet onbegrijpelijk, maar helaas is bij beleidsproblemen juist sprake van moeizame afweging van strijdige belangen. Het onderzoek dient om die belangenafweging beter te kunnen verrichten, maar het woord 'afwegen' geeft al aan, dat niet iedereen volledig zijn zin zal kunnen krijgen.

Van de Vall (1980) konstateerde bij 20-30% van de 120 door hem onderzochte projecten dergelijke 'contra-feedback'. Om toch medewerking te verkrijgen moet vaak onderhandeld worden, waarbij onderhandelingen tussen beleid en veld gevoerd worden via de onderzoekopzet. De instellingen trachten de elementen uit de onderzoeksoopzet, die voor hen mogelijk nadelige resultaten zouden kunnen opleveren, onschadelijk te maken. De argumenten die daarbij worden gehanteerd zijn zelden de werkelijke. Men blijkt plotseling over grote onderzoekdeskundigheid te beschikken of men heeft voor kontra-expertise van een bevriende onderzoeker gezorgd. Een in de gezondheidszorg vaak gehanteerd argument voor het weigeren van medewerking is de bescherming van de persoonlijke levenssfeer van de betrokkenen. Ook hier is sprake van een belangentegenstelling en wel tussen individuele belangen en maatschappelijke belangen (Van der Maas e.a. 1981).

Vertraging in de rapportage

Beleidsproblemen zijn meestal tijdgebonden. Beslissingen kunnen niet eindelijk worden uitgesteld. De hiervoor geschetste problemen hebben echter een forse vertraging in de planning opgeleverd. Bovendien wordt de bijgestelde planning door de onderzoeker veelal niet gehaald. Het

onderzoek loopt uit. Met alle bijstellingen is het inmiddels ook moeilijk geworden voor de onderzoeker om een in zijn ogen verantwoord rapport te produceren. Maar afgezien daarvan is tijd voor onderzoekers een relatief begrip. Het element van tijdsdruk dat in beleidsprocessen zo'n grote rol speelt heeft die betekenis voor onderzoekers niet. In de door Van de Vall (1980) onderzochte projecten was bij 70% ongewenste vertraging opgetreden.

Touwtrekken om de rapportage

Wordt er dan eindelijk een rapport op tafel gelegd door de onderzoeker dan moet dit met het veld en/of met de begeleidingscommissie worden besproken. Ook dat kan weer leiden tot langdurige onderhandelingen, waarbij men soms bang lijkt zich aan koud water te branden. Vragen om verandering van de tekst zijn voor de onderzoeker doorgaans niet in overeenstemming te brengen met zijn professionele geweten. Alle betrokkenen proberen zich op hun eigen wijze in te dekken tegen mogelijke kritiek vanuit hun achterban.

Ondertussen kan het rapport nog niet openbaar worden gemaakt, waardoor de onderzoeker geen zichtbaar produkt heeft. En dat is weer van belang voor de financiering van ander onderzoek.

Is het rapport dan toch verschenen dan is vaak een klacht van de kant van het beleid dat de inhoud niet leesbaar is, te lang en te technisch is, teveel details bevat en vooral geen duidelijk antwoord geeft op de vragen waar het om ging. En als de onderzoeker wel konkrete aanbevelingen heeft gedaan kan hij het verwijt krijgen dat deze niet realistisch zouden zijn. Degenen, die er in het onderzoek minder goed af komen, trekken de kwaliteit in twijfel en wijzen op allerlei aspecten die ten onrechte niet in het onderzoek zouden zijn betrokken. De vakgenoten van de onderzoeker, tenslotte, kijken bedenkelijk aan tegen de methodologische kwaliteit en wijven hem aan dat hij met het sluiten van compromissen te ver is gegaan. Dan had bij de opdracht beter terug kunnen geven.

Het gebruik van de onderzoeksresultaten

Tenslotte komen dan de laatste hindernissen waarbij zelfs onderzoeken waarbij alle bovengenoemde problemen zich niet hebben voorgedaan nog kunnen stranden: De opdrachtgever neemt in de ogen van de onderzoeker op een vrij oppervlakkige manier kennis van de uitkomsten en ziet kans om konklusies uit het rapport te trekken die lijnrecht ingaan tegen de bevindingen en konklusies van de onderzoeker. Of alle nadruk wordt in de verdere besprekingen gelegd op een relatief ondergeschikt detail. Maar ook als de opdrachtgever de resultaten volledig begrijpt en onderschrijft, het eindresultaat is bijna altijd dat er in het beleid geen aanwijsbare konsekwenties aan worden verbonden. De aanbeveling van de onderzoeker om verder onderzoek te doen is voor het beleid meestal weinig interessant: 'Daar komen onderzoekers altijd mee in plaats dat ze het probleem in één keer goed uitzoeken...'. Na alle hiervoor beschreven problemen bewijst zo'n aanbeveling in ieder geval wel dat onderzoekers optimisten moeten zijn. En gezien het feit dat men vanuit de beleidssector opdrachten blijft verlenen moet hetzelfde ook voor beleidsfunktionarissen gelden.

IS BELEIDSONDERZOEK ONDERZOEK?

Het is in de sociale wetenschappen niet ongebruikelijk om de gangbare opvattingen over wetenschapsbeoefening ter discussie te stellen. Met name de vraag of de principes voor

het verrichten van onderzoek gelijk zijn aan die in de natuurwetenschappen keert regelmatig terug. Ten aanzien van het beleidsgerichte onderzoek wordt al geruime tijd een vergelijkbare discussie gevoerd, waarbij nu de hoofdvraag is of beleidsonderzoek andere methoden vereist dan het toegepaste sociaal-wetenschappelijk onderzoek. Bij de standpunten van sommige participanten aan deze discussie kan men zich zelfs afvragen of men nog wel het begrip 'onderzoek' mag hanteren.

Hoe ziet het gangbare model van wetenschapsbeoefening eruit? Mayer & Greenwood (1980) geven in hun boek 'The design of social policy research' een heldere uiteenzetting, die we hier sterk verkort weergeven:

Bij wetenschappelijk onderzoek is sprake van een groot aantal strikte regels, die vooral betrekking hebben op de manier waarop gegevens worden vergaard en op de weg waarlangs uit de gegevens konklusies mogen worden getrokken. De grondregel bij het verzamelen van gegevens en de verdere verwerking daarvan is dat dit volledig controlebaar en volgens een vooraf vastgesteld plan gebeurt. Idealiter moet een andere onderzoeker die dezelfde weg volgt tot dezelfde resultaten komen.

Kennis en inzicht worden geordend in concepten, verbanden en theorieën. Concepten zijn op waarnemingen gebaseerde abstrakties. Tussen de concepten worden verbanden gelegd. Die verbanden kunnen diverse vormen aannemen: waardeoordelen, vooronderstellingen, empirische generalisaties (in onderzoek getoetste verbanden) en hypothesen. Voor beleid zijn alle soorten verbanden van belang, maar bij onderzoek zal men vooral geïnteresseerd zijn in de laatste twee. Want de empirische generalisaties vormen de bouwstenen voor theorie. En het aardige van theorie is dat er nieuwe hypothesen mee kunnen worden gegenereerd, die door middel van onderzoek kunnen worden omgezet in empirische generalisaties, die weer kunnen worden gebruikt voor verdere uitbouw van de theorie, enzovoort...

Het nauwgezet volgen van de regels van wetenschap stelt onderzoekers in staat een dusdanig inzicht te krijgen in de werkelijkheid, dat zij in staat zijn betrouwbare voorspellingen te doen ten aanzien van andere vergelijkbare situaties. Vandaar het gezegde 'niets is zo praktisch als een goede theorie'.

Onderzoek, dat tot doel heeft aan theorievorming bij te dragen wordt wel fundamenteel of theoriegericht onderzoek genoemd. Daarnaast wordt dan het zgn. toegepaste onderzoek onderscheiden, waarin beschikbare theorie wordt gebruikt bijvoorbeeld voor het doen van voorspellingen.

Kenmerken van beleidsonderzoek

Beleidsgericht onderzoek wordt vaak tot het toegepaste onderzoek gerekend. Mayer & Greenwood (1980) zien het echter als een aparte categorie en zij noemen de volgende bijzondere kenmerken van beleidsonderzoek:

a. *Multidisciplinariteit*. Omdat men binnen een discipline vrijwel nooit kan beschikken over voldoende concepten en verbanden om het beleidsprobleem adequaat te modelleren moet uit meerdere disciplines worden geput.

b. *Doelgerichtheid*. Of hij wil of niet, bij beleidsonderzoek is de onderzoeker participant in het beleidsproces. Hij helpt mee om oplossingen te vinden met het doel om veranderingen te bewerkstelligen. Bij niet op beleid gericht onderzoek staat deze betrokkenheid niet op de onderzoeker niet zo op de voorgrond.

c. *Pluralistische benadering*. Men moet bij beleidsonderzoek een probleem van zoveel mogelijk verschillende kanten bezien en zeker niet alleen vanuit het gezichtspunt van

de opdrachtgever. De gevolgen van beleid voor alle belanghebbenden moeten worden onderzocht.

d. Aandacht voor implementatie. Beleidsonderzoek kan niet volstaan met verklaringen of aanbevelingen, maar moet ook expliciet ingaan op de weg waarlangs deze kunnen worden geïmplementeerd.

e. Nadruk op manipuleerbare variabelen. In wetenschappelijk onderzoek zal men bij voorkeur die variabelen in het onderzoek opnemen die een zo goed mogelijke verklaring geven voor een probleem. Hoe minder variabelen men nodig heeft, hoe eleganter het onderzoek. Bij beleidsonderzoek daarentegen zijn vooral die variabelen interessant die door middel van beleid te beïnvloeden zijn. Dat zijn vaak niet de variabelen met de grootste invloed op het probleem. Met andere woorden, beleidsonderzoek moet pragmatisch zijn.

Deze kenmerken van beleidsonderzoek vindt men, in wisselende bewoordingen, in vele publikaties terug (o.a. Coleman 1972, Van de Vall 1980). Maar op alle punten is ook stevige kritiek vooral van degenen die menen dat beter kan worden vastgehouden aan meer traditionele opvattingen over wetenschapsbeoefening.

Het bepleiten van multidisciplinair onderzoek is in de gezondheidszorg niet nieuw. Het gezondheidszorgonderzoek is een populair terrein voor experimenten in deze gebieden. De samenstelling van onderzoeksinstituten is in de jaren '60 ingrijpend gewijzigd. Men streefde bij vele instituten naar een multidisciplinair team. De resultaten van deze veranderingen zijn minder spektakulair dan de verwachtingen vooraf. Het overgrote deel van de onderzoeksoutput is nog steeds monodisciplinair. De samenwerking tussen de verschillende disciplines wilde niet vlotten, o.a. door verschillen in cultuur (vgl. artsen en sociologen) (Ris & Diederiks 1974).

Maar het belangrijkste probleem van multidisciplinair onderzoek is gelegen op het terrein van de theorievorming. In het begin van deze paragraaf werd uiteengezet hoe binnen een discipline een theorie wordt opgebouwd uit concepten en verbanden. Theorievorming is een langdurig en in principe zelfs oneindig proces. Wil men een probleem werkelijk multidisciplinair benaderen dan moet met theorievorming weer vrijwel van voren af aan worden begonnen (Howland 1975). Want de problemen beginnen al bij de concepten die men zou willen hanteren: dezelfde begrippen blijken verschillende betekenissen te hebben in de diverse disciplines. De verbanden tussen de concepten moeten vervolgens opnieuw worden geformuleerd. En tenslotte moet een nieuwe theorie worden geformuleerd. Volgens de critici is het produktiever om te werken vanuit de rijkdom en systematiek die het theoretisch bouwwerk van een bestaande discipline de onderzoeker biedt.

Het kenmerk van de doel- of aktiegerichtheid van beleidsonderzoek strijkt in tegen het streven naar waardevrijheid van veel onderzoekers. Alhoewel tegenwoordig de meeste onderzoekers zullen erkennen dat onderzoek nooit waarde-vrij kan zijn, is het van daaruit nog wel een enorme stap naar het aktief helpen realiseren van politieke beslissingen zoals dat bij beleidsonderzoek het geval kan zijn. En zeker als de onderzoeker wil dat de resultaten van zijn onderzoek gebruikt worden in het beleid, dan zal hij zelf aktief in het beleidsproces moeten participeren. Voor veel onderzoekers gaat dit te ver, omdat dan de noodzakelijke professionele distantie verloren gaat. De verleiding om ten behoeve van het doel af te wijken van de regels voor wetenschappelijk onderzoek wordt dan te groot.

Waardenpluralisme en aandacht voor de gevolgen voor alle belanghebbenden wordt in beleidsonderzoek zelden gerealiseerd. In de eerste plaats is dit technisch moeilijk binnen één onderzoek te realiseren want de verschillende belang-

hebbende zullen aan zeer uiteenlopende aspecten belang hechten. Maar in de tweede plaats speelt een niet onbelangrijke rol dat de opdrachtgever/financier van het onderzoek vooral betaalt voor het onderzoeken van de aspecten die hij zelf het belangrijkste vindt. Het beeld van de overheid, één van de grootste opdrachtgevers van beleidsonderzoek, als hoeder van alle belangen is in de praktijk wat naïef. Belangengroepen, die zich door de overheid of door andere beleidsinstanties niet adequaat vertegenwoordigd voelen moeten maar voor hun eigen onderzoek zorgen, is veelal de redenering. Een en ander betekent dus dat de beleidsonderzoeker meestal slechts één partij en doorgaans niet de zwakste van materiaal voorziet.

Het rekenen houden met implementatieaspecten en de aandacht voor manipuleerbare variabelen zijn als idee aantrekkelijk en plausibel. Maar andere onderzoekers vragen zich wel af hoe men zonder adequate theorie wil aangeven welke problemen bij de invoering van beleid zouden kunnen worden verwacht. Het selekteren van de manipuleerbare of beleidsvariabelen lijkt op dat punt eveneens problematisch. Het idee lijkt sterk te leunen op een technokratische benadering van beleid (Simonis 1982).

Bij het selekteren van de manipuleerbare variabelen zou men zich kunnen konformereren aan de oplossingen waaraan men in de beleidssector al denkt. Maar dan wordt het onderzoek al vanaf het begin in een bepaalde richting gestuurd. Alternatieven zal men immers niet zo snel overwegen.

De beschouwing van Mayer en Greenwood is weliswaar helder, maar lijkt primair uit te gaan van een rationeel model van het beleidsproces. Dit zal ook blijken bij hun criteria voor de rechtvaardiging van beleidsonderzoek, die verderop worden behandeld. Ook de alternatieven voor het rationele model van beleid komen nog aan de orde. Die alternatieven lijken de opvattingen van Mayer en Greenwood te ondergraven. In de slotkonklusies van het artikel komen we terug op de vraag of beleidsonderzoek een afzonderlijke categorie vormt.

EEN APARTE METHODOLOGIE VOOR BELEIDSONDERZOEK?

De discussie over de vraag of voor beleidsonderzoek andere methoden moeten worden gehanteerd dan bij 'gewoon' onderzoek speelt zich af in het verlengde van de in de vorige paragraaf geschetste tegenstellingen. Enerzijds zijn er de onderzoekers die menen dat de gebruikelijke methoden ook voor beleidsgericht onderzoek voldoen, omdat immers geen wezenlijk verschil bestaat met theoriegericht onderzoek. Anderzijds is er onder beleidsonderzoekers een belangrijke stroming die met de gebruikelijke methoden niet uit de voeten kan. Vooral de kwantitatieve methoden zouden teveel beperkingen met zich mee brengen, daardoor vooral het probleem van de discrepantie tussen beleidsvraag en onderzoeksvraag vergroten. Uit de discussie over methodologie van beleidsonderzoek bespreken we drie onderwerpen die daarin regelmatig terugkeren:

- de wenselijkheid van een vooronderzoek/probleemanalyse, waarin vooral de opportuniteit van onderzoek voor de gestelde beleidsvraag wordt nagegaan,
- de toepassing van kwalitatieve onderzoeksmethoden als aanvulling op of zelfs vervanging van kwantitatieve methoden,
- de vraag of de beleidsonderzoeker in zijn onderzoeksoptzet het implementatieaspect moet integreren bijvoorbeeld door een strategie voor uitvoering van de aanbevelingen op te nemen. Met andere woorden, moet de beleidsonderzoeker ook beleidsadviseur zijn?

Vooronderzoek

Het vooronderzoek is in het kader van beleidsgericht onderzoek bedoeld als intake-procedure. Het vooronderzoek dient hoofdzakelijk om te bezien of verder onderzoek zinvol is en zo ja, in welke vorm.

Het is voor een onderzoeker vaak verleidelijk om de vraag naar wenselijkheid van onderzoek positief te beantwoorden. Nu zij zich daarmee echter zo vaak in de vingers hebben gesneden is het duidelijk dat deze eerste stap in het contact met de potentiële opdrachtgever zorgvuldig moet worden uitgevoerd.

Mayer & Greenwood (1980) geven vier criteria voor het rechtvaardigen van beleidsonderzoek (Een vergelijkbare opsomming is te vinden in Scheerens 1983):

a. De opdrachtgever moet een expliciet doel hebben. Hij moet kunnen aangeven wat hij wil bereiken.

b. Er moet keus zijn uit meerdere alternatieve middelen om het gestelde doel te bereiken. Als er geen keus is heeft onderzoek weinig zin.

c. Aangegeven moet kunnen worden hoe de resultaten van het onderzoek de keuze kunnen beïnvloeden. Er moet een lakune in kennis en inzicht aan te geven zijn, die door onderzoek kan worden verminderd en die van betekenis is voor de keuze uit de beleidsalternatieven.

d. De opdrachtgever moet de intentie en de mogelijkheden hebben om de onderzoeksaanbevelingen uit te voeren. Het voldoen aan deze criteria is nog niet voldoende om echt met een onderzoek te starten. Zo zal de onderzoeker de ethische implicaties van onderzoek moeten nagaan en moeten beslissen of hij deze voor zijn rekening wil nemen. De ethische aspecten zullen o.a. betrekking hebben op de openbaarheid van de resultaten en op de ruimte voor het opnemen van andere perspectieven dan die van de opdrachtgever in de onderzoeksoptzet.

Serieuze uitvoering van een vooronderzoek als hier bedoeld vraagt vrij veel werk, want de onderzoeker moet het beleidsprobleem goed in kaart hebben gebracht om het aan de criteria te kunnen toetsen. Hij zal op de hoogte moeten zijn van de achtergronden, de resultaten van eerder beleid en onderzoek. In overleg met de opdrachtgever moet een model van het probleem zover worden uitgewerkt dat zichtbaar wordt wat de mogelijke onderzoeksdoelen zijn, welke beleidsalternatieven zich voor kunnen doen (met andere woorden welke variabelen manipuleerbaar zijn) en welke belangen in het geding zijn.

Dit vooronderzoek kost ook de opdrachtgever veel tijd. Maar de ervaring leert dat een goede probleemanalyse voor de opdrachtgever zeer verhelderend werkt, vaak zozeer dat hij geen behoefte meer heeft aan verder onderzoek. Dat kan twee oorzaken hebben: het probleem kan zo duidelijk zijn geworden dat een beleidsbeslissing niet moeilijk te nemen is of het is waarschijnlijk geworden dat de in het onderzoek te investeren tijd en andere middelen niet opwegen tegen de relatief geringe onzekerheidsreductie die ermee zou kunnen worden bereikt.

Een interessante variant van vooronderzoek is de in het evaluatieonderzoek ontwikkelde methode van 'evaluability assessment' (Wholey 1977). De problematiek van evaluatieonderzoek verschilt nauwelijks van die van beleidsonderzoek; evaluatieonderzoek is een bepaald type beleidsonderzoek. Een probleem dat echter vrij specifiek bleek voor evaluatieonderzoek is het feit dat projecten die werden onderzocht vaker niet dan wel voldeden aan de tevoren geformuleerde evaluatie-criteria. Zou men al deze experimenten en projecten als mislukt beschouwen dan zou er wel erg weinig overblijven. Een groep Amerikaanse onderzoekers heeft toen de vraag gesteld of men wel op de

juiste manier aan de criteria voor succes kwam. De criteria waren meestal afkomstig van ambtenaren of politici, die geneigd waren de verwachtingen hoog op te schroeven om hun beleid te kunnen rechtvaardigen. De methode van evaluability assessment komt nu hierop neer dan men ook de uitvoerders van het beleid betreft bij de formulering van de evaluatiecriteria. En inderdaad bleken de langs deze weg verkregen verwachtingen omtrent de binnen de onderzoeksperiode te bereiken resultaten heel wat minder spektakulair.

Kwalitatief versus kwantitatief

De in onderzoekskringen soms verhitte discussie over kwalitatief versus kwantitatief onderzoek wordt meer dan eens vertroebeld door het feit dat men alle soorten onderzoeksvragen op een hoop veegt. Maar alvorens daarop in te gaan laten we de voorstanders van kwalitatieve methoden aan het woord over de voordelen van die methoden bij beleidsgericht onderzoek, (zie o.a. Patton 1980).

De belangrijkste reden om kwalitatieve methoden toe te passen is het feit dat men daarmee veel dichter bij de oorspronkelijke beleidsvraag kan blijven. Ook de vele niet goed kwantificeerbare variabelen kunnen in het onderzoek worden betrokken. De keuze van variabelen en van concepten kan direct aansluiten bij hetgeen in het beleid als belangrijk wordt ervaren. Kortom, er is minder 'vertaling' van beleidstermen in onderzoekstermen nodig. In het verlengde hiervan wordt veelal gerefereerd aan de zgn. gefundeerde begrippen van Glaser & Strauss (1967). Laatstgenoemde onderzoekers pleiten voor het gebruik van begrippen die dicht bij de werkelijkheid staan en daardoor voor niet-onderzoekers begrijpelijk. Zulks in tegenstelling tot de abstracte concepten, die normaal in wetenschappelijk onderzoek worden gehanteerd.

Het gebruik van kwalitatieve methoden wordt ondersteund door de resultaten van het onderzoek van Van de Vall (1980). Hij constateerde een grotere invloed op beleid van kwalitatief onderzoek dan van het volgens strakke regels uitgevoerde kwantitatieve onderzoek.

De tegenstanders van kwalitatieve methoden wijzen vooral op het probleem van de geringere intersubjectieve controleerbaarheid van dergelijk onderzoek, waarmee een fundamentele eis van wetenschappelijk onderzoek geweld aangedaan wordt. Hoe verleidelijk is het niet om zo te selecteren en te interpreteren dat het onderzoek oplevert wat de onderzoeker, de opdrachtgever of een andere belanghebbende graag wil horen? Het gevaar is groot dat kwalitatief onderzoek een grabbelton aan materiaal oplevert waar ieder uit kan halen wat van zijn gading is.

Bovenstaande, door haar beknoptheid enigszins karikaturaal weergegeven, discussie is weinig vruchtbaar. Beide partijen hebben gelijk, maar hebben het wel over verschillende zaken. Want het probleem van de methodenkeuze wordt minder groot wanneer men onderscheid maakt tussen verschillende typen onderzoek. Mayer & Greenwood (1980) halen een door Jahoda e.a. ontwikkelde typologie aan, die goed gebruikt kan worden om een weloverwogen keuze te maken. De typologie maakt onderscheid tussen verkennend, beschrijvend en verklarend onderzoek. Bij verkennend onderzoek zullen kwalitatieve methoden de voorkeur verdienen omdat men dan nog nauwelijks weet welke variabelen relevant zijn voor het te verkennen probleem: open interviews, observatie e.d. kunnen de nodige nieuwe gezichtspunten opleveren. Bij beleidsproblemen, die zich nog niet eerder hebben voorgedaan zal verkennend onderzoek geïndiceerd zijn.

Met beschrijvend onderzoek wordt in deze typologie bedoeld op het meten van de omvang van een probleem of

het meten van een aantal relevante variabelen. Het willen weten van de omvang van een probleem is een in beleid vaak gestelde vraag. Kwantitatieve methoden lijken daarvoor relatief geschikter, maar met kwalitatieve methoden kunnen de cijfers goed worden 'ingekleurd'. Dat is zeker van belang als de te meten aspecten niet goed te operationaliseren zijn.

In het verklarend onderzoek worden relatief hoge eisen gesteld aan de betrouwbaarheid van de te gebruiken onderzoeksmethoden. Kwantitatieve methoden kunnen aan die eisen beter voldoen. Verklarend onderzoek zal in de beleidscontext meestal evaluatieonderzoek zijn. Men streeft daarbij immers naar harde uitspraken over oorzaak-gevolg relaties (Scheerens 1983).

De onderzoeker als beleids-adviseur

Zoals hiervoor al enkele malen werd opgemerkt dient bij beleidsonderzoek vooraf rekening te worden gehouden met de uitvoering en uitvoerbaarheid van de resulterende beleidsaanbevelingen. Van daaruit is het een relatief kleine stap naar het meenemen van de implementatie als volwaardig onderdeel van het onderzoek. Het feit dat implementatie een gekompliceerde zaak is is een extra reden om er vanaf het begin rekening mee te houden.

Eén van de bekendste voorstanders is in ons land Van de Vall, die spreekt van een professioneel paradigma. Hij voegde voorts aan het arsenaal van methodologie-begrippen het begrip 'implementaire validiteit' toe: de vertaalbaardheid van de uitkomsten van onderzoek in beleidsmaatregelen. Overigens hecht Van de Vall evenzeer waarde aan epistemologische validiteit: betrouwbaarheid, representativiteit, exaktheid, e.d.

Voor een actieve rol van de onderzoekers bij de uitvoering van de aanbevelingen die uit zijn onderzoek voortkomen kan ook worden bepleit vanuit de overweging dat de onderzoeker zijn verworven deskundigheid op het betreffende terrein ter beschikking moet stellen. Door een opdracht voor beleidsonderzoek te aanvaarden draagt de onderzoeker ook mede verantwoordelijkheid voor de follow-up van het onderzoek.

Op de vraag of deze uitbreiding van de rol van de onderzoeker de gewenste resultaten zal kunnen opleveren komen we in het laatste deel van dit artikel terug, wanneer we nader ingaan op het beleidsproces en de rol van informatie daarin.

ORGANISATORISCHE ASPEKTEN

Op het niveau van de organisatie kan het feit dat een beleidsgericht onderzoek wordt verricht op diverse plaatsen reacties en problemen oproepen. Dit vloeit voort uit het feit dat het onderzoek als een potentiële bedreiging kan worden gezien voor de positie van individuen, van afdelingen of van de totale organisatie. Vooral bij onderzoek onder de noemers 'evaluatie' of 'toetsing' zijn dergelijke reacties te verwachten.

Te vermijden lijken deze reacties niet. Maar er kan wel zodanig rekening mee worden gehouden, dat de voortgang van het onderzoek er niet door wordt geblokkeerd. De aanbevelingen die hiertoe in de literatuur worden gedaan hebben gemeen, dat ze pleiten voor het tijdig en voortdurend betrekken van relevante personen en groepen bij opzet, uitvoering en rapportage van het onderzoek. Konkreter zijn de aanbevelingen meestal niet. De invulling moet komen van de vindingrijkheid en overredingskracht van onderzoekers en managers. Aan het feit dat er sprake kan zijn van een reële bedreiging, waartegen terecht verzet wordt gepleegd gaat men in de organisatieliteratuur veelal voorbij.

Caplan e.a. (1975) wijzen op het grote belang van de per-

soonlijke faktor in het slagen van beleidsonderzoek. In de gesprekken die zij met beleidsfunktionarissen en beleidsonderzoekers voerden in het kader van hun onderzoek kwamen regelmatig uitlatingen voor in de trant van: 'Als X zich niet zo had ingezet voor het onderzoek, dan was er weinig van terecht gekomen'. Dit fenomeen kan gericht worden gebruikt door dergelijke gemotiveerde individuen in een vroeg stadium bij het onderzoek te betrekken (voorzover ze dat al niet zijn) en er intensief bij betrokken te houden.

Toch komt de beleidsonderzoeker langs deze weg in een rol waarvoor hij niet is opgeleid. Het manoeuvreren in een organisatie is een vaardigheid die niet iedereen in even sterke mate bezit. Dat geldt zowel voor onderzoekers als voor beleidsfunktionarissen. Maar aannemelijk is dat onderzoekers op dit punt in het algemeen over minder ervaring en kwaliteiten beschikken. Volgens vele auteurs in de organisatieliteratuur hebben onderzoekssektor en beleidssektor duidelijk verschillende culturen (Beyer & Trice 1982, Caplan 1979). Die verschillen slaan in de eerste plaats op de normen en waarden, maar ook op de waardering van eigenschappen en kwaliteiten. Van een manager/beleidsfunktionaris wordt geëist dat hij organisatorische vaardigheden bezit. En mensen kiezen dergelijke functies o.a. omdat ze organisatie- en beleidsproblemen interessant vinden. Aan onderzoekers worden andere eisen gesteld, met name op het gebied van kritisch vermogen en logisch denken.

De beloningsstructuur in beide sectoren geeft deze verschillen weer: In de beleidssektor zal men niet zo makkelijk carrière maken door voortdurend het werk van collega's openlijk te bekritisieren. In de onderzoekssektor daarentegen wordt dit wel positief gewaardeerd. Het huidige beloningssysteem in de universitaire onderzoeksweld belooft onderzoek van hoog wetenschappelijk gehalte, bij voorkeur gepubliceerd in gerenommeerde internationale tijdschriften, en straft de onderzoeker die aan de wensen van beleid of belangengroepen tegemoet probeert te komen. Want in het laatste geval is zijn wetenschappelijke objectiviteit en afstandelijkheid niet meer voldoende gewaarborgd.

Tegen de achtergrond van deze 'twee-kulturen theorie' ligt het voor de hand om te zoeken naar mogelijkheden om een brug tussen de twee te slaan. Dergelijke 'linkage' voorstellen zijn ook regelmatig gedaan. Sommige auteurs willen hiervoor zelfs een aparte functie creëren van 'social engineer' (Beyer & Trice 1982).

Er is ook wel gesuggereerd dat de afstand tussen beide culturen van land tot land zou kunnen verschillen. In de Verenigde Staten zou de afstand zeer groot zijn, (Caplan 1982). In Europa is de afstand wellicht kleiner: zie bijvoorbeeld de uitwisseling van ekonomen in Nederland tussen overheid en universiteit.

Het is overigens weer een andere vraag of het bestaan van een verschil in cultuur tussen onderzoek en beleid ongewenst is. De afstand wordt ook wel gewaardeerd vanuit het beleid omdat men van onderzoekers onafhankelijke uitspraken en frisse ideeën zou kunnen krijgen.

ONDERZOEK ALS ONDERWERP VAN BELEID

Vanuit de beleidssektor bezien kan de onderzoeksweld een chaotische indruk maken: 'Niemand schijnt zich daar met beleid bezig te houden, iedere onderzoeker doet maar waar hij zin in heeft.' Het is binnen zo'n perceptie van de onderzoekssektor verleidelijk om de problematiek van de relatie onderzoek-beleid aan te grijpen om onderzoeksbeleid te ontwikkelen. Daarbij vond men in de onderzoeksweld een coalitiepartner in degenen die de maatschappelijke relevantie van het wetenschappelijk onderzoek wilden vergroten.

Twee soorten beleid lopen hier parallel: wetenschapsbeleid enerzijds en onderzoeksbeleid van overheid en andere beleidsorganen anderzijds. Op het wetenschapsbeleid gaan we hier niet uitvoerig in. In grote lijnen houdt het in dat het ontstaan van onderzoeksprogramma's van grotere omvang en langere duur wordt bevorderd. Zulks met intensief gebruik van de financiering als sturingsmiddel. Voor wat betreft het universitaire onderzoek kan dit op den duur belangrijke gevolgen hebben voor de mogelijkheden om beleidsgericht onderzoek te verrichten. In de huidige financieringsstructuur van het universitaire onderzoek heeft beleidsgericht onderzoek een gering gewicht, omdat zulk onderzoek doorgaans weinig zal bijdragen tot de verdere ontwikkeling van de betreffende discipline. Men tracht dit bezwaar in de sociale wetenschappen te ondervangen door het oprichten van para-universitaire onderzoeksinstituten, die voor hun bestaan gedeeltelijk afhankelijk zullen zijn van inkomsten uit dienstverlenend onderzoek.

Onderzoeksbeleid

De overheid is één van de grootste financiers van beleidsgericht onderzoek. In een poging om het rendement van deze investering te verhogen wordt bij de overheid op steeds meer plaatsen een onderzoeksbeleid ontwikkeld (Higgins 1980). Aanvankelijk hield dit beleid niet veel meer in dan dan een verlanglijst van thema's die men graag onderzocht zou willen zien. Voor verdere initiatieven bleef men echter nog op de onderzoekers wachten. In een volgende fase werd de overheid echter ook in dat opzicht minder passief en zocht men zelf onderzoekers bij bepaalde onderwerpen. In het beleid op het Directoraat-Generaal van de Volksgezondheid gedurende de laatste jaren kan men deze ontwikkeling fraai volgen (Van Etten 1980).

Deze ontwikkeling heeft, zoals alles, voor- en nadelen. Een voordeel is dat onderzoeks vragen van beleidsinstanties in mindere mate een ad-hoc karakter hebben en beter overwogen zijn. Dat stelt de onderzoekers in staat om te anticiperen op de wensen van het beleid. En in de beleidssector zelf stelt het ontwikkelen van een onderzoeksbeleid de betreffende instantie in staat om het onderzoek meer te integreren in het eigen beleid, vooral voor wat betreft de langere termijn. Een nadeel van deze toegenomen overzichtelijkheid is echter dat de mogelijkheden om een onderzoek gefinancierd te krijgen dat niet in dit beleid past aanzienlijk minder worden. Onderzoeksbeleid is geen stimulans voor pluralisme, hetgeen in een vorige paragraaf juist als belangrijk element van goed beleidsonderzoek werd beschreven, althans vanuit het gezichtspunt van de onderzoekers. Voor sommige belangengroepen, bijv. patiëntenverenigingen, zal het moeilijker worden om onderzoek te laten doen omdat de vrije ruimte voor onderzoekssubsidies aan dergelijke groepen in het onderzoeksbudget van de overheid klein is geworden.

Tenslotte moet nog genoemd worden het gevaar dat beleidsinstanties in hun onderzoeksbeleid een sterk accent zullen leggen op onderzoek dat op relatief korte termijn resultaat oplevert. Daarmee zou het voor de langere termijn ook voor beleid onmisbare theoriegerichte onderzoek in het gedrang kunnen komen (De Jong 1982). Wellicht kan de in oprichting zijnde Raad voor het Gezondheidsonderzoek hierin een bewakende rol spelen.

ONDERZOEK VAN BELEIDSONDERZOEK

Onderzoekers zouden geen onderzoekers zijn als ze de problemen in de relatie tussen onderzoek en beleid niet tot onderwerp van onderzoek hadden gemaakt. En inderdaad, er is zelfs een geheel nieuw onderzoeksspecialisme ontstaan, dat wordt aangeduid met de term 'utilization re-

search'. Deze onderzoeken hebben tot onderwerp het meten van het gebruik van onderzoeksresultaten in beleid en het verklaren van de mate van gebruik uit kenmerken van onderzoek en van beleid. Dit gebruiksonderzoek heeft een aantal interessante problemen opgeleverd: definitiesproblemen, meetproblemen en interpretatieproblemen.

Definities

Zowel de definitie van onderzoek als die van gebruik en van beleid zijn in het kader van gebruiksonderzoek problematisch.

Aan de definitie van onderzoek wordt meestal weinig aandacht besteed. Men beperkt zich doorgaans tot wat traditioneel als onderzoek wordt beschouwd: kennis die is verkregen door middel van de wetenschappelijke methode op basis van een gerichte vraagstelling. Deze definitie impliceert echter een nogal beperkte opvatting van onderzoek in dit kader. Zo blijven o.a. buiten beschouwing:

- statistische informatie, die in min of meer bewerkte vorm periodiek wordt aangeleverd (bijv. de produkten van het Centraal Bureau voor de Statistiek),
- rapporten, memo's e.d. die bijvoorbeeld door ambtenaren zijn opgesteld en waaraan vaak een vrij uitgebreide fase van verzameling van gegevens door de opsteller is vooraf gegaan,
- rapporten van adviescommissies met deskundigen, die beschikbare onderzoeksinformatie vertalen naar het beleid,
- journalistiek onderzoek.

Het uitsluiten van deze bronnen betekent dat het gebruik van onderzoek op een later tijdstip en door anderen dan de oorspronkelijke opdrachtgever niet of nauwelijks wordt gemeten. In het gebruiksonderzoek beperkt men zich tot het op relatief korte termijn meetbare directe gebruik van onderzoek. Alleen voor onderzoek dat is verricht naar aanleiding van actuele beleidsproblemen, die op korte termijn om oplossing vragen, lijkt deze benadering terecht. Het aantal definities van gebruik en van beleid is zo groot dat men nauwelijks twee onderzoeken kan vinden waarin dezelfde definities zijn gehanteerd. Dunn (1983) heeft drie variabelen gebruikt om een typologie te konstrueren voor alle konceptualisaties die hij in de literatuur tegenkwam:

a. Individueel vs. kollektief gebruik. Kijkt men alleen naar gebruik door een bepaalde funktionaris (bijv. de opdrachtgever voor het onderzoek) of wordt er gekeken naar het gebruik van de onderzoeksresultaten in het beleidsproces? In het laatste geval meet men ook het gebruik door personen of groepen waarvoor het onderzoek niet in eerste instantie werd verricht.

b. Konceptueel vs. instrumenteel gebruik. Met konceptueel gebruik bedoelt men het overnemen van een uit onderzoek afkomstig koncept, inzicht of perspectief in het beleidsproces. Dit nieuwe inzicht kan vervolgens op verschillende punten en gedurende langere tijd van invloed zijn op het beleid. Bij instrumenteel gebruik daarentegen tracht men feitelijk veranderingen in het beleid te meten.

c. Algemeen vs. specifiek gebruik. In sommige onderzoeken wordt een brede definitie van gebruik gehanteerd, terwijl in andere alleen gekeken wordt naar gebruik voor een bepaald type beleidsbeslissingen.

Meetproblemen

De veelheid van definities die men in het gebruiksonderzoek hanteert brengt vrijwel onvermijdelijk ook een breed scala aan meetmethoden met zich mee. Het hoofdprobleem daarbij is het op betrouwbare wijze kunnen leggen van een verband tussen de resultaten van onderzoek en beleid. Want hoe is uit te maken of een bepaald beleid anders was

uitgevallen zonder onderzoek? Maar het besluit om het beleid niet te wijzigen kan ook op onderzoek stoeien.

En op welke plaats moet men de beleidseffekten meten: in officiële stukken, door middel van interviews met beleidsfunktionarissen of door observatie van verschillende participanten in het beleidsproces?

Omdat het meten van gebruik zo moeilijk is wordt als alternatief ook wel de bruikbaarheid gemeten. Hiervoor moet men voornamelijk afgaan op het oordeel van beleidsfunktionarissen. Geschatte bruikbaarheid is dus nog zachter dan het meten van gebruik. Bovendien zal het oordeel over de bruikbaarheid van onderzoeksresultaten sterk worden beïnvloed door het op dat moment al dan niet gekonfronteerd worden met een beleidsprobleem, waarvoor het onderzoek wellicht gebruikt zou kunnen worden.

Interpretatieproblemen

De resultaten van het gebruiksonderzoek wijzen in het algemeen in dezelfde richting. Kort samengevat komt uit het beschikbare onderzoek het volgende beeld naar voren (Zie voor een uitvoeriger overzicht van de resultaten van het gebruiksonderzoek Hutjes & Cuisinier 1982). Het gebruik van beleidsonderzoek in beleid is groter naarmate:

- de afstand van de onderzoeker ten opzichte van het beleid geringer is. Zo hebben interne onderzoeksafdelingen meer invloed dan externe onderzoekers,
- de onderzoekers erin zijn geslaagd dicht bij de oorspronkelijke beleidsvraag te blijven met hun keuze van begrippen en onderzoeksmethoden,
- een breder concept van gebruik of bruikbaarheid wordt gehanteerd,
- het contact tussen onderzoekers, opdrachtgever en andere belanghebbenden zowel voor als tijdens het onderzoek intensiever is,
- de rapportage bondig en begrijpelijk is voor niet-onderzoekers,
- de resultaten van het onderzoek geloofwaardig zijn en aansluiten bij reeds in de beleidssector bestaande opvattingen over het probleem in kwestie.

Het probleem in de interpretatie van deze bevindingen is dat een en ander weliswaar intuïtief aannemelijk is, maar dat dat vooral komt omdat men meestentijds intuïtieve oordelen van beleidsfunktionarissen als meetinstrumenten heeft gebruikt. Zo zal een interne onderzoeksafdeling van een ministerie door betere kennis van interne machtsverhoudingen en gevoeligheden en niet te vergeten van de inhoud van het beleid, er makkelijk in slagen een onderzoek zo te rapporteren dat het resultaat bruikbaar lijkt of zelfs gebruikt wordt. Dat geldt evenzeer voor de externe onderzoeker die frekwent contact onderhoudt met het beleid. De vraag is echter of men dan nog de invloed van het onderzoek meet en niet de invloed van de onderzoeker. Bovendien speelt hier nog mee dat interne onderzoekers vermoedelijk andere vragen te onderzoeken krijgen dan externe onderzoekers (Kosse 1982).

Vooraf voor het beleidsgerichte onderzoek, dat door universitaire onderzoekers wordt verricht en vaak meer tendert naar verklarend onderzoek, zou het 'enlightenment-model' van gebruik (Weiss & Bucuvalas 1980a) van toepassing kunnen zijn. Volgens dit model zou onderzoek vooral bijdragen aan een beter inzicht in de achtergronden van problemen, zonder dat dit inzicht direct zijn weerslag hoeft te hebben op beleid. De veranderingen in beleid zouden vrij diffuus kunnen zijn en pas veel later op kunnen treden. In beleidsnota's e.d. kan men inderdaad vele begrippen en concepten vinden die hun oorsprong vinden in onderzoek. Maar dat is vermoedelijk geen beleidsonderzoek geweest, maar fundamenteeler onderzoek. Het model van Weiss is

voor wat het beleidsonderzoek betreft bekritiseerd omdat het nauwelijks toetsbaar zou zijn. Het wekt ook de schijn, dat nu de oorspronkelijke doelstellingen van beleidsonderzoek niet haalbaar blijken, de criteria zo zijn gewijzigd dat onderzoek er wel aan kan voldoen.

Een ander onderdeel van de visie van Weiss is dat de resultaten van onderzoek aan twee tests worden onderworpen in de praktijk: een 'truth-test' en een 'utility-test' (Weiss & Bucuvalas 1980b). Zijn de resultaten aannemelijk en zijn ze praktisch bruikbaar? Bij minder aannemelijke resultaten zou men veel kritischer naar de kwaliteit van het onderzoek gaan kijken. En dan nog blijft het moeilijk om 'counter-intuitive findings' geaccepteerd te krijgen. Er moet dan ook uit andere bronnen steun komen voor zo'n afwijkend gezichtspunt. Scheerens (1983) waarschuwt overigens beleidsfunktionarissen voor een grote valkuil in de toepassing van de truth-test: 'Niemand is overtuigender dan een goede bedrieger.'

Als het model van Weiss & Bucuvalas zou kloppen, en dat lijken veel onderzoekers te denken, dan betekent dat dat men in de beleidssector voornamelijk geïnteresseerd is in de bevestiging van reeds ingenomen standpunten. Van effect van onderzoek kan men dan toch nauwelijks meer spreken.

IS BELEID WEL BELEID?

De in het begin van dit artikel geschetste verwachtingen ten aanzien van de bijdrage van onderzoek aan beleid stoeien op een model van beleid dat sterk lijkt op en wellicht zelfs ontleend is aan het gangbare onderzoeksmodel: een rationeel proces waarin met zorgvuldig gekozen middelen een scherp geformuleerd doel wordt nagestreefd. Prioriteiten worden zorgvuldig afgewogen. En voortdurend wordt de voortgang van het beleid gevolgd en worden de effectiviteiten en efficiëncy van de ingezette middelen gemeten.

De mythe dat dit rationele beleidsmodel de werkelijkheid van het beleid korrekt zou weergeven wordt in de beleidssector dankbaar in stand gehouden. Vooral voor de overheid is het rationele model aantrekkelijk, omdat het goed aansluit bij het beeld van objectieve, rechtvaardige en democratische besluitvorming dat de bestaansgrond van een modern overheidsapparaat vormt. Met diverse technieken heeft men zelfs getracht het rationele beleidsmodel verder te formaliseren. Zo is in ons land de COBA (Commissie voor de Ontwikkeling van Beleids Analyse) tot stand gekomen, die o.a. heeft getracht een gedetailleerde doelstellingen analyse van het gehele overheidsbeleid uit te werken (COBA 1976). Deze doelstellingsstructuur zou vervolgens afgezet kunnen worden tegen het feitelijke beleid: klopt de inzet van middelen met de doelstellingen? Een in de Verenigde Staten gedurende korte tijd populaire methode van begroten, die op dezelfde gedachte is gebaseerd is de 'zero-base budgeting' techniek, waarbij iedere keer de begroting van de grond af aan moest worden opgebouwd en verdedigd. De populariteit van deze en vergelijkbare planningsmethoden was het grootst in de periode van economische hoog-konjunctuur. Maar ook in die periode was er weinig contact tussen de recent opgezette planningsafdelingen en de beleidsafdelingen van ministeries (De Wolff 1984).

Als verfijning van het rationele beslissingsmodel werd het 'satisficing' of 'bounded rationality' model ontwikkeld (Simon 1945). Dit model onderkent dat in beslissingsituaties niet alle alternatieven worden overwogen, zoals het rationele model veronderstelt. Volgens dit beperkt-rationele model kiest men uit een beperkt aantal alternatieven de meest bevredigende. Daarna wordt meestal niet verder gezocht naar een ideale oplossing. De aandacht verschuift naar het volgende probleem.

Een ander model, dat in het wetenschappelijk onderzoek van beleid populair is geworden, is het incrementele model van Lindblom (1968). Volgens dit model worden in het beleid telkens aspecten of onderdelen van een probleem aan de orde gesteld. En een andere keer komen weer andere aspecten aan de orde. Zo komt men stukje bij beetje verder. Funktionarissen, die bij het beleid betrokken zijn hebben zelf vaak nauwelijks het gevoel dat er beslissingen genomen worden.

Dat beleid volgens een incrementeel model verloopt is door Scott & Shore (1979) aangetoond voor het welzijnsbeleid in de Verenigde Staten. In hun historische analyse van dit beleid en van de bijdrage van de sociale wetenschappen eraan vonden ze dat van sociale programma's telkens één aspect ter discussie stond: doelstelling, financiering, structuur, looptijd, criteria voor deelname of reikwijdte. Ieder aspect kwam in de loop der tijd wel weer eens terug in de aandacht.

Alhoewel het incrementele model op zich een betere weergave van het beleidsproces kan zijn dan het rationele model wijst Van Vught (1984) er op dat lange-termijn doelstellingen wel noodzakelijk zijn als motiverende faktor in het beleid. Zonder doel, hoe vaag ook, zou er weinig gebeuren. Deze lange-termijn doelstellingen hoeven niet expliciet te zijn. Vaagheid kan zelfs functioneel zijn (Daudt 1984).

Het incrementele beleidsmodel verklaart veel van de problemen van beleidsonderzoek. Maar met name het beperkte gebruik van onderzoeksresultaten wordt er niet op bevredigende wijze door verklaard. Want zelfs als in het beleidsproces alleen naar onderdelen van een probleem wordt gekeken moet het mogelijk zijn om ten aanzien van die onderdelen gebruik te maken van onderzoek. Wel zou men zich kunnen voorstellen dat pogingen om op een onderdeel het beleid te veranderen stranden op de effecten op andere onderdelen, bijv. de financiële gevolgen, waar men tevoren geen rekening mee had gehouden. Want ook dat is bij nadere beschouwing van het beleidsproces wel gebleken: de macht van de beleidssector wordt door onderzoekers overschat. (De overschatting van mogelijkheden is wederzijds, hetgeen wel tot teleurstelling moet leiden) De beleidsfunktionaris zit als het ware gevangen in een web van tegengestelde en gekoppelde krachten, waar niet makkelijk beweging in is te krijgen.

Terug nu naar de vraag waarom ook in het incrementele beleidsmodel onderzoek weinig invloed heeft. Lindblom & Cohen (1979) publiceerden een op dit punt zeer verhelderende analyse van de rol van informatie en kennis in het beleidsproces. Zij konstateren dat de kennis die in het beleid wordt gehanteerd uit vele bronnen afkomstig kan zijn. Wetenschappelijk onderzoek is slechts een van de vele bronnen. Andere bronnen zijn evenzeer van belang voor beleid, sommige wellicht zelfs veel belangrijker:

- de publieke opinie, zoals die via de media, door opiniepeilingen en door acties wordt weergegeven,
- intuïtieve en common-sense opvattingen en kennis,
- normen en waarden, cultuur,
- invloedrijke personen en organisaties, die door hun macht (mee) kunnen bepalen welk beeld van de werkelijkheid als juist wordt erkend.

Deze analyse sluit ook goed aan bij het onderzoek van Mintzberg (1975) naar de werkwijze van managers. Ook hij komt tot de konklusie dat het informele informatiecircuit een nog belangrijker rol speelt dan men wellicht al dacht.

In deze visie op kennisverwerking in het beleidsproces past ook een grotere rol van personen, bijv. van gezaghebbende onderzoekers. Want een belangrijke rol van het informele circuit is het aftasten van de geloofwaardigheid van bepaalde denkbeelden en van de steun die nieuwe ideeën krijgen. Daarbij spelen persoonlijk contact en charisma een rol van betekenis. Een en ander zou ook de bevinding van

Van de Vall (1980) kunnen verklaren betreffende de grotere invloed van interne onderzoekers: deze onderzoekers zullen wellicht ook actiever deelnemen aan het informele beleidsproces.

In het informele informatiecircuit verdwijnt de bron van informatie vrij snel uit het gezicht. Daardoor zouden beleidsfunktionarissen zich vaak niet bewust zijn van het feit dat zij gebruik maken van gegevens of concepten, die uit onderzoek afkomstig zijn.

TENSLOTTE TOCH NOG HOOP?

De grote lijn die men (achteraft) in de ontwikkeling van de inzichten omtrent de relatie tussen onderzoek en beleid kan aanbrengen is als volgt weer te geven: Aanvankelijk ging men zowel in de onderzoekssector als in de beleidssector uit van een rationeel-analytisch model, waarin onderzoekers de instrumenten aandragen die in het beleid kunnen worden gebruikt. Vervolgens is men verbetering van de relatie tussen de twee sectoren gaan zoeken in een intensievere en effectievere communicatie; volgens dit model zouden de problemen vooral liggen in de sfeer van de informatieoverdracht.

Toen ook dat onvoldoende resultaat bleek te hebben is men zich gaan bezinnen op de rol van de onderzoeker; deze zou zelf in het beleidsproces dienen te participeren, vooral bij de uitvoering van de beleidsaanbevelingen uit zijn onderzoek.

Tenslotte is een fase ingetreden waarin de betekenis van onderzoek in beleid fundamenteel ter discussie wordt gesteld. Behalve een nuttige relativisering levert dit ook pessimistische geluiden op over de principiële kloof tussen weten en willen (Schuyt 1984). De aanhangers van het laatste bepleiten een terugkeer van de onderzoeker naar zijn leest. Beleidsgericht onderzoek zou een utopie zijn. De grootste invloed op beleid zou toch uitgaan van het fundamenteelere theorie-gerichte onderzoek. In deze visie zijn de wittebroodsweken in de relatie tussen onderzoek en beleid dus duidelijk voorbij.

Toch geven de ervaringen met beleidsonderzoek geen aanleiding tot dergelijk pessimisme. De positieve en de negatieve ervaringen kunnen worden benut om gericht te werk te gaan. Daarbij is het vooral van belang om niet alle beleidsvragen op een hoop te vegen.

In het beleid kan men onderscheid maken tussen strategische, taktische en operationele problemen. De problematiek van beleidsonderzoek lijkt zich vooral af te spelen rond de strategische problemen. Dat is ook logisch omdat het daarbij gaat om uitgesproken politieke keuze-situaties en afwegingen van belangen.

Aan de strategische problemen in beleid kunnen onderzoekers met name een bijdrage leveren door nieuwe concepten en inzichten aan te dragen. Op dit punt is een pleidooi voor theoriegericht onderzoek dus op zijn plaats. Van Houten en Simonis (1984) wijzen erop dat onderzoekers weinig worden ingeschakeld bij het vertalen van maatschappelijke problemen in beleidsproblemen. Ook dat zou een bijdrage van onderzoekers kunnen zijn die berust op hun analytisch vermogen en theoretische inzichten. De huidige scenario-ontwikkeling op het terrein van de volksgezondheid zou hiertoe de nodige aanknopingspunten kunnen bieden. Maar naast deze fundamenteelere benaderingen van strategische problemen kunnen onderzoekers met een multidisciplinaire achtergrond de samenhang tussen verschillende aspecten analyseren en systematiek aanbrengen.

Een bijdrage die wellicht minder zal worden gewaardeerd vanuit de beleidssector, maar maatschappelijk van grote betekenis is, is de kritische analyse van beleid. Hiermee komt ook de historische dimensie beter tot zijn recht.

Volgens de Wolff (1984) is dergelijk tegengas hard nodig, nu in het beleid de sfeer neigt naar 'harde gegevens' in plaats van analyse. Bij al deze bijdragen blijft natuurlijk gelden dat onderzoek slechts een van de vele factoren is die invloed kan uitoefenen op strategische beslissingen.

Bij tactische en operationele beleidsproblemen ligt de relatie met onderzoek anders. De problemen zijn wellicht niet minder ingewikkeld, maar de politieke strijd is achter de rug en speelt een minder belangrijke rol. Bij operationele problemen kan zelfs een rationeel analyse- en beslissingsmodel gehanteerd worden. Op dit niveau speelt onderzoek in de praktijk ook een belangrijke en effectieve rol; het trekt alleen minder de aandacht dan het onderzoek naar strategische problemen. Het onderzoek speelt zich ook groten-deels af in instellingen; op het niveau waar de gezondheidszorg werkelijk wordt uitgevoerd.

Zowel voor beleidsfunktionarissen als voor onderzoekers is er nog volop werk. En van elkaars werk zullen ze kunnen blijven profiteren.

LITERATUUR

- Beugen, M. van, Sociale technologie en het instrumentele aspect van agogische actie. Assen 1968
- Beyer, J. M. & H. M. Trice, The utilization process: a conceptual framework and synthesis of empirical findings. *Administrative Science Quarterly* 27 (1982) 91-622
- Caplan, N., The two communities theory and knowledge utilization. *American Behavioral Scientist* 22 (1979) 459-471
- Caplan, N., Social research and public policy at the national level. In: D. B. P. Kallen e.a. (eds.), *Social science research and public policy-making; a reappraisal*. pp. 32-48. NFER-Nelson, Windsor 1982
- Caplan, N., A. Morrison & R. Stambauch, The use of social science knowledge in policy decisions at the national level. *Inst. for Social Research, The University of Michigan, Ann Arbor MI* 1975
- Coleman, J., *Policy research in the social sciences*. General Learning Press, Morristown NJ 1972
- COBA (Commissie voor de Ontwikkeling van Beleidsanalyse), Handleiding voor de departementale doelstellingsanalyse. *Beleidsanalyse* 5 (1976) nr. 2
- Daudt, H., De utopie van een wetenschappelijk beleid. *Beleid en Maatschappij* 11 (1984) 14-20
- Dunn, W. N., Measuring knowledge use. *Knowledge: Creation, Diffusion, Utilization* 5 (1983) 120-133
- Etten, G. M. van, De relatie onderzoek en beleid in de gezondheidszorg in Nederland. *Gezondheid & Samenleving* 1 (1980) 74-82
- Glaser, B. G. & A. L. Strauss, *The discovery of grounded theory; strategies for qualitative research*. Aldine, Chicago 1967
- Higgins, J., The unfulfilled promise of policy research. *Social Policy & Administration* 14 (1980) 195-208
- Houten, D. J. van & J. B. D. Simons, 'Tegen beter weten in', de spanning tussen beleid en onderzoek. *Beleid en Maatschappij* 11 (1984) 294-301
- Howland, D., Reflections on health systems research. In: L. J. Shuman e.a. (eds.), *Operations research in health care; a critical analysis*. pp. 49-65. Johns Hopkins University Press, Baltimore 1975
- Hutjes, J. M. & M. C. J. Culsinler, *Sociaal-wetenschappelijk onderzoek in het overheidsbeleid*. Instituut voor Toegepaste Sociologie, Nijmegen 1982
- Jong, G. A. de, Health policy research. *T. Soc. Geneesk.* 60(1982)190-191
- Kosse, G. B., Het gebruik van onderzoeksinformatie binnen het overheidsbeleid. *Ped. Tijdschr./Forum v. Opvoedk.* 7(1982)146-155
- Lindblom, C. E., *The policy-making process*. Prentice-Hall, Englewood Cliffs 1968
- Lindblom, C. E. & D. K. Cohen, *Usable knowledge; social science and social problem solving*. Yale University Press, New Haven 1979
- Maas, P. J. van der, J. D. F. Habbema & R. Hayes, Privacybescherming en sociaal-medisch onderzoek. *T. Soc. Geneesk.* 59(1981)403-412
- Mayer, R. R. & E. Greenwood, *The design of social policy research*. Prentice-Hall Englewood Cliffs NJ 1980
- Merton, R. K., The role of applied social science in the formation of policy; a research memorandum. *Philosophy of Science* 16(1949)161-182
- Mintzberg, H., The manager's job; folklore and fact. *Harvard Business Review* (1975) July/August
- Nota Gedrags- en Maatschappijwetenschappen. Tweede Kamer der Staten Generaal, vergaderjaar 1983-84, stuk 18161
- Patton, M. Q., *Qualitative evaluation models*. Sage, Beverly Hills 1980
- Ris, B. G. M. & J. P. M. Diederiks, Een kritische analyse van interdisciplinaire samenwerking. *Ned. Inst. v. Praev. Geneesk.*, Leiden 1974
- Scheerens, J., *Evaluatie-onderzoek en beleid*. St. v. Onderzoek v.h. Onderwijs, Den Haag 1983
- Schuyt, C. J. M., De kloof tussen weten en willen. *Beleid en Maatschappij* 11(1984)21-28
- Scott, R. A. & A. R. Shore, Why sociology does not apply; a study of the use of sociology in public policy. Elsevier, New York 1979
- Simon, H. A., *Administrative behavior*. MacMillan, New York 1945
- Simons, J. B. D., De betekenis van implementatieonderzoek voor de theorievorming en de beleidspraktijk. *Beleid en Maatschappij* 9(1982)311-318
- Vught, F. A. van, De externe dimensie van overheidsplanning. *Beleidsanalyse* 13(1984)21-26
- Vall, M. van de, *Sociaal beleidsonderzoek; een professioneel paradigma*. Samson, Alphen a/d Rijn 1980
- Wells, C. H. (ed.), *Using social research in public policy making*. Lexington Books, Lexington MA 1977
- Weiss C. H. & M. J. Bucuvalas, *Social science research and decision making*. Columbia University Press, New York 1980a
- Weiss, C. H. & M. J. Bucuvalas, Truth-tests and utility-tests; decision-makers frame of reference for social science research. *American sociological Review* 45(1980b)302-314
- Wholey, J. S., Evaluability assessment. In: L. Rutman (ed.), *Evaluation research methods; a basic guide*. pp. 39-56. Sage, Beverly Hills 1977
- Wolff, L. J. de, *Beleidswetenschap; tussen technocratie en sociologie*. Beleid en Maatschappij 11(1984)29-38

CORRESPONDENTIEADRES

Gaspard A. de Jong, SAG-EUR, postbus 1738, 3000 DR Rotterdam. tel. 010-635151.

INFORMATIE EN BELEID IN DE GEZONDHEIDSZORG

Verslag van een enquête onder beleidsfunktionarissen

Gaspard A. de Jong
Studierichting Algemene
Gezondheidszorg

Paul J. v.d. Maas
Instituut Maatschappelijke
Gezondheidszorg

Erasmus Universiteit Rotterdam
mei 1986

INHOUDSOPGAVE

Hoofdstuk 1 Inleiding	1
Hoofdstuk 2 Opzet van het onderzoek	3
Hoofdstuk 3 Respons	8
Hoofdstuk 4 Het gebruik van bestaande informatie	12
Hoofdstuk 5 Periodieke gezondheidsenquête	20
Hoofdstuk 6 Overige bronnen van informatie	27
Hoofdstuk 7 Diskussie	29
Bijlage 1 Vragenlijst 'Informatie en beleid in de gezondheidszorg' (inkl. bijlage)	
Bijlage 2 Voorbeeld begeleidende brief aan respondenten	
Bijlage 3 Informatie over het projekt 'Gezondheidsenquête en beleid'	

Hoofdstuk 1

INLEIDING

Achtergronden van het onderzoek

Het onderzoek waar in dit rapport verslag van wordt gedaan maakt deel uit van het projekt 'Gezondheidsenquête en beleid' dat in 1980 werd begonnen op het Instituut Maatschappelijke Gezondheidszorg van de Erasmus Universiteit Rotterdam met financiële steun van het toenmalige Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne. Doel van dit projekt was na te gaan wat de mogelijke relevantie voor beleidsdoeleinden is van een periodieke gezondheidsenquête.

In het kader van dit projekt vond eerst een literatuurstudie plaats, waarvan het rapport in mei 1983 verscheen onder de titel 'Feeling the Nation's Pulse'. Doel van dit literatuuronderzoek was het inventariseren van de in andere landen met periodieke gezondheids-enquêtes opgedane ervaring.

Het onderhavige onderzoek is bedoeld om na te gaan wat de opvattingen en ervaringen zijn van Nederlandse beleidsfunktionarissen omtrent de thans beschikbare informatie om vervolgens tegen dat licht na te gaan welke wensen en opvattingen zij over een periodieke gezondheidsenquête hebben.

De resultaten van eerder genoemde literatuurstudie tezamen met dit onderzoek onder beleidsfunktionarissen zullen tenslotte moeten worden vertaald in een eindrapport, waarin wordt aangegeven hoe een optimale beleidsrelevantie van een Nederlandse gezondheidsenquête bereikt zou kunnen worden.

Gezondheidsenquêtes worden in Nederland altijd met een zekere ambivalentie gezien. Enerzijds wordt erkend dat zij materiaal leveren dat niet of moeilijk op andere wijze te verkrijgen is, met name waar het opvattingen en ervaringen van patiënten betreft, anderzijds wordt getwijfeld aan de betrouwbaarheid en de representativiteit van de aldus verkregen gegevens.

Daar komt bij dat er al een enorme hoeveelheid gegevens door registrerende instanties wordt geproduceerd. Het is voor de meeste werkers in de gezondheidszorg al bijzonder moeilijk om deze stroom te verwerken. Maar tegelijkertijd worden ook weer lakunes in de bestaande gegevens herkend. Zo doen zich o.a. problemen voor in het leggen van relaties tussen de verschillende stromen gegevens. Deze stromen zijn mede door de behoefte aan bescherming van de persoonlijke levenssfeer niet gemakkelijk aan elkaar te koppelen.

Een gezondheidsenquête waarin over veel onderwerpen tegelijk vragen gesteld kunnen worden, biedt in dat opzicht mogelijkheden om gegevens van zeer verschillende aard met elkaar in verband te brengen zonder privacy-bezwaren. Het Centraal Bureau voor de Statistiek is er dan ook enkele jaren geleden toe overgegaan een periodieke gezondheidsenquête op te zetten, waarmee inmiddels al enige jaren ervaring is opgedaan.

Vandaar dat het thans opportuun leek om een onderzoek naar de meest wenselijke inhoud en opzet van een dergelijke enquête te doen. Daarbij moet nadrukkelijk worden gewezen op het feit dat hier alleen de mogelijke bruikbaarheid voor beleidsdoeleinden worden onderzocht. Er zijn net zoals voor andere registratiesystemen andere doelstellingen in het gebruik van informatie denkbaar. Deze worden in dit onderzoek niet betrokken.

Inhoud van dit rapport

In deze rapportage wordt beknopt verslag gedaan van het in 1982 gehouden onderzoek onder beleidsfunktionarissen. In hoofdstuk 2 wordt de opzet van het onderzoek toegelicht en besproken, waarna vervolgens in hoofdstuk 3 de respons wordt beschreven. De hoofdstukken 4, 5 en 6 bevatten de resultaten van het onderzoek. Hoofdstuk 4 heeft betrekking op het eerste deel van de vragenlijst, dat het gebruik van bestaande informatie betreft.

Hoofdstuk 5 heeft betrekking op de gezondheidsenquête. Hoofdstuk 6 tenslotte behandelt de overige bronnen van informatie. Het rapport wordt afgerond door een discussie (hoofdstuk 7).

Hoofdstuk 2

OPZET VAN HET ONDERZOEK

Van interviews naar vragenlijst

In de oorspronkelijke opzet van het projekt 'Gezondheidsenquête en beleid' was voorzien dat na het literatuuronderzoek ongeveer 60 beleidsfunktionarissen in de gezondheidszorg diepgaand geïnterviewd zouden worden omtrent hun informatiegebruik en hun opvattingen over een gezondheidsenquête. In deze interviews zou gedetailleerd moeten worden ingegaan op hun taken, hun informatiebehoeften en het daaraan gerelateerde gebruik. In het kader van de voorbereiding van de tweede fase van het projekt heeft ook een aantal proefinterviews plaatsgevonden. Hierbij bleek dat voor een goed verloop een dusdanig grondige kennis van de gezondheidszorg en van de informatiebronnen noodzakelijk was, dat alleen zeer gespecialiseerde en ervaren onderzoekers als interviewer zouden kunnen optreden. Dit was in de praktijk niet uitvoerbaar. Vandaar dat naar een andere methode van onderzoek werd uitgeweken, namelijk een schriftelijke vragenlijst.

Een schriftelijke vragenlijst heeft het voordeel dat deze aan grotere aantallen respondenten kan worden toegestuurd. Nadeel is natuurlijk dat de respons veelal lager is dan bij een persoonlijk interview. Dat leek echter in dit onderzoek niet zo'n groot bezwaar, omdat niet noodzakelijkerwijs representatieve resultaten voor alle beleidsfunktionarissen noodzakelijk zijn. Aangenomen mag worden, dat degenen die geïnteresseerd zijn in het onderwerp eerder geneigd zullen zijn een vragenlijst terug te sturen. Het is niet onredelijk om aan de opvattingen van geïnteresseerden op die wijze meer aandacht te besteden dan aan de opvattingen van degenen die geen vragenlijst retourneren. Zo zullen ook de resultaten van dit onderzoek besproken worden met diverse groeperingen, zodat ook degenen die niet via de schriftelijke vragenlijst hun mening hebben gegeven nog ruimschoots aan bod kunnen komen.

Opbouw van de vragenlijst

Bij de opzet van een vragenlijst doen zich verschillende keuzeproblemen voor. Een belangrijk keuzeprobleem in dit verband is die betreffende de lengte van de vragenlijst. Het ene uiterste zou zijn gevormd door een zeer korte vragenlijst die uitsluitend betrekking heeft op de gezondheidsenquête en de wensen die daaromtrent leven.

Aan de andere kant bood de vragenlijst als methode de mogelijkheid om de gezondheidsenquête in een veel breder kader te bezien, namelijk dat van het totale informatiegebruik door beleidsfunktionarissen. Na ampele overweging is voor de laatste mogelijkheid gekozen, mede gezien het feit dat over het informatiegebruik van beleidsfunktionarissen en hun opvattingen daarover zeer weinig bekend is. En die kennis lijkt wel van belang om te zijner tijd aanbevelingen omtrent gezondheidsenquêtes te kunnen doen.

Het volgende keuzeprobleem betreft de omschrijving van het begrip 'gebruik van informatie'. Hierover bestaat inmiddels een vrij omvangrijke literatuur die overigens grotendeels betrekking heeft op het gebruik van onderzoek en niet zozeer op het gebruik van statistieken. In sommige studies wordt het begrip gebruik zeer strak gehanteerd en wordt alleen datgene als gebruik getypeerd wanneer onderzoek cq. informatie tot aanwijsbare beleidskonsekwenties heeft geleid. Daartegen wordt echter weer door andere onderzoekers ingebracht dat langetermijneffekten en diffuse effecten worden onderschat. In dit onderzoek is om die redenen voor een zeer ruime interpretatie van het begrip gebruik gekozen. Dat wil zeggen, dat het aan de respondent is overgelaten om aan te geven wanneer naar zijn oordeel van gebruik van informatie sprake was. Het leek ons dat respondenten ook niet zo gemakkelijk tussen allerlei vormen van gebruik zouden kunnen differentiëren.

Het derde keuzeprobleem betrof de omschrijving van het begrip 'beleid' cq. 'beleidsfunktionarissen'. Hierin zijn om te beginnen twee categorieën personen te onderkennen, namelijk degenen die beleidsbeslissingen nemen en meestal daarvoor een bepaalde politieke verantwoordelijkheid dragen en anderzijds de funktionarissen die aan de voorgaande groep personen adviezen uitbrengen of aanbevelingen doen. Maar behalve op het niveau van personen kan men natuurlijk ook naar het gebruik van informatie door instanties, zoals ministerie, een raad, een kommissie onderzoek doen. Wij verwachtten dat het meeste informatie verkregen zou kunnen worden van degenen die daadwerkelijk gegevens hanteren teneinde deze voor beleidsdoeleinden te verwerken. Daarom werd het onderzoek beperkt tot de categorie van beleidsfunktionarissen, dat wil zeggen degenen die beroepshalve adviezen voor beleidsdoeleinden uitbrengen of de informatie voor operationele doeleinden hanteren. De selectie van respondenten wordt verder in het volgende hoofdstuk behandeld.

De vragenlijst bestaat uit vier delen. Het eerste deel heeft betrekking op de bestaande gezondheidsstatistieken. In de eerste vraag zijn alle bestaande statistieken gerubriceerd in drie hoofdgroepen en achttien deelgroepen. De indeling werd zo gekozen, dat de korte

aanduiding in de vragenlijst voor de respondenten gemakkelijk herkenbaar zou kunnen zijn.

De vijf antwoordcategorieën zijn bedoeld om de orde van grootte van de frekwentie van het gebruik van bepaalde gegevens aan te geven. Dit is natuurlijk maar een beperkte indikator. Het is heel goed denkbaar dat iemand die een bepaald gegeven slechts één keer per jaar gebruikt dat op een heel intensieve wijze doet, terwijl iemand anders eenmaal per maand heel oppervlakkig naar bepaalde gegevens kijkt.

De vragen 2, 3 en 4 hebben betrekking op het gebruik van bepaalde differentiaties; naar bevolkingsgroepen, naar voorzieningen en naar geografische indelingen. Deze vragen waren bedoeld om na te gaan hoe specifiek het informatiegebruik van de respondent is. Voorts zou dit indicaties kunnen opleveren ten aanzien van de mate van detaillering die respondenten wel licht ook van gegevens uit gezondheidsevenquêtes zouden kunnen verwachten. In vraag 5 wordt in zekere zin vraag 1 in een andere vorm gesteld. Hier wordt gevraagd naar het gebruik van bepaalde publikaties met gegevens. Deze vraag zou een indicatie kunnen geven van de vorm waarin gegevens worden gebruikt. Tevens bevatte de lijst van 27 publikaties ook een aan tal publikaties gebaseerd op enquêtegegevens, met name de onderzoeken Gehandicapten Wel Geteld; het Leefsituatie-survey en het Sociaal en Cultureel Rapport. Een belangrijke functie van deze vraag in de enquête was ook het in herinnering roepen bij de respondent van de verschillende typen gegevens die hij gebruikt. In vraag zes namelijk wordt gevraagd naar zijn oordeel over deze statistieken. Hierbij kreeg de respondent via open vragen de gelegenheid om de bestaande gezondheidsstatistieken op volledigheid, aktualiteit en kwaliteit te evalueren.

Op dit punt in de vragenlijst aangeland zou de respondent een beeld bij zichzelf hebben van zijn gebruik van gezondheidsstatistieken en zijn oordeel daarover. In het tweede deel van de vragenlijst wordt nu gevraagd om zijn mening omtrent de bruikbaarheid van gegevens uit een periodieke gezondheidsevenquête. Daartoe zijn de verschillende typen gegevens die in andere landen in gezondheidsevenquêtes zijn opgenomen in een zestiental rubrieken ondergebracht. Deze rubrieken sluiten zoveel mogelijk aan bij de in vraag 1 voor de bestaande gezondheidsstatistieken gehanteerde rubrieken. Omdat het gaat om gegevens die nog beschikbaar zouden moeten komen is het aantal antwoordcategorieën beperkt gehouden en wordt een zeer grove schatting van de respondent gevraagd; zijn gegevens naar zijn oordeel niet bruikbaar, misschien bruikbaar of wel bruikbaar? Omdat het denkbaar was dat de respondent in één van de zestien categorieën de gegevens die hij wenst niet zou hebben herkend, werd in

vraag 8 de mogelijkheid gegeven om de lijst aan te vullen. De kern van de vragenlijst is vraag 9, waarin gedetailleerde informatie omtrent mogelijk relevante onderwerpen in een gezondheidsenquête wordt gevraagd. De respondent krijgt de gelegenheid om drie onderwerpen te omschrijven, waarbij hij per onderwerp moet aangeven welke gegevens hij precies wenst, voor welk doel hij deze wenst te gebruiken en hoe de gegevens zouden moeten worden onderverdeeld om voor hem bruikbaar te zijn. Het overzicht van mogelijke onderwerpen in vraag 7, met de bijlagen waar in deze onderwerpen verder worden uitgewerkt, dienen als een soort menu kaart die bij de beantwoording van vraag 9 kan worden gebruikt. Met andere woorden, aangenomen mag worden dat de respondenten voldoende zijn geattendeerd op de mogelijkheden van een gezondheidsenquête alvorens vraag 9 wordt beantwoord. Een belangrijk element in deze vraag is het doel waarvoor men de gegevens wil gebruiken, omdat dit bepalend is voor de wijze waarop de gegevens verzameld zouden moeten worden. Voorts zou deze informatie gehanteerd kunnen worden bij het inschatten van de bruikbaarheid van gegevens. Immers de respondenten zijn niet allen onderzoekers of deskundigen op het gebied van enquêtes en derhalve mag van hen niet worden verwacht dat zij alle methodologische mogelijkheden en beperkingen van enquêtegegevens kunnen overzien. Het belangrijkste aspect is in dit verband wellicht de mate van detaillering van gegevens die voor verschillende doeleinden vereist is. Zo is het waarschijnlijk dat voor planningsdoeleinden in het kader van de Wet Voorzieningen Gezondheidszorg een zeer grote steekproef noodzakelijk zou zijn die vergaande geografische detaillering mogelijk maakt.

De vragen 10 en 11 zijn bedoeld om een oordeel te krijgen van de respondent over bruikbaarheid van gegevens uit enquêtes. Vraag 10 heeft betrekking op gebruik van enquêtegegevens, bijvoorbeeld die uit bepaalde onder onderzoeken.

Vraag 11 heeft betrekking op het oordeel over de bruikbaarheid van gezondheidsenquêtes. Hieruit zou wellicht op te maken zijn onder welke voor waarden de respondent enquêtegegevens bruikbaar acht of welke gevaren hij aan enquêtegegevens onderkent.

Het derde deel van de vragenlijst heeft betrekking op overige mogelijke bronnen van gegevens, te weten jaarverslagen, tijdschriften en onder zoeken. Deze globale vragen worden gesteld om het beeld van het informatiegebruik van de respondent te completeren.

Het vierde en laatste deel van de enquête bevat een algemene vraag: Opmerkingen op of naar aanleiding van de vragenlijst, kenmerken van de respondent en tenslotte vragen over de toezending van het verslag en belangstelling voor deelname aan bijeenkomsten waarin de resultaten van het onderzoek besproken worden.

Een konsept van de vragenlijst werd bij wijze van proef ingevuld door de leden van de beleidsadvieskommissie voor dit onderzoek. Hun op- en aanmerkingen werden in de definitieve versie verwerkt. De voor het invullen benodigde tijdsduur werd door hen geschat op ongeveer 30 minuten.

Bij het opstellen van de vragenlijst is zo veel mogelijk geprobeerd de respondenten te dwingen uitvoerige en realistische antwoorden te geven. Bij dit type onderzoek is het risico groot dat de respondent de vragen lijst als een verlanglijst beschouwt. De respondenten zouden gemakkelijk kunnen denken: lever eerst maar een heleboel gegevens en dan zie ik wel wat ik ermee kan doen. Tegelijkertijd moest de vragenlijst echter weer wel zo breed zijn, dat de respondenten uit verschillende categorieën hem zouden kunnen invullen. Dit heeft als bezwaar dat de lijst niet is toe gesneden op de specifieke situatie van iedere respondent. Om dat bezwaar te ondervangen had voor iedere groep van (hooguit) enkele tientallen respondenten een aparte vragenlijst ontwikkeld moeten worden en dan waren er problemen van onderlinge vergelijkbaarheid ontstaan.

Hoofdstuk 3

RESPONS

Keuze van respondenten

In het vorige hoofdstuk is gesteld dat gekozen werd voor toezending van de vragenlijst aan beleidsfunktionarissen. Dit is echter een niet scherp omschreven categorie, die zowel ambtenaren op het ministerie als beleidsmedewerkers van ziekenhuisdirecties omvat. Uiteindelijk is voor een pragmatische aanpak van het probleem gekozen en werd besloten de vragenlijst toe te sturen aan de volgende categorieën, instanties en personen:

- afdelingshoofden van het Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne*);
- ambtenaren op de Geneeskundige Hoofdinspectie voor de Volksgezondheid*);
- regionale Inspecteurs van de Volksgezondheid;
- regionale Inspecteurs van de Geestelijke Volksgezondheid;
- provinciale Raden voor de Volksgezondheid;
- directies van GG&GD'en en DGDen;
- directeuren van ziekenfondsen;
- adviserend geneeskundigen van ziekenfondsen;
- sekretariaten van adviesraden (Centrale Raad voor de Volksgezondheid, Voedingsraad, Ziekenfondsraad, Centraal Orgaan Ziekenhuis-tarieven), College van Ziekenhuisvoorzieningen Gezondheidsraad);
- werknemers- en werkgeversvertegenwoordigers in Ziekenfondsraad;
- sekretariaten van beroepsorganisaties (KNMG, organisaties van verpleegkundigen, etc.);
- directie Nationale Kruisvereniging;
- directie Nationale Ziekenhuisraad;
- directie Nationaal Centrum Geestelijke Volksgezondheid;
- directie Nederlands Huisartseninstituut;
- directie Gemeenschappelijke Medische Dienst;
- medisch adviseur Arbeidsinspectie.

De directeuren en adviserend geneeskundigen van ziekenfondsen, de ambtenaren op het departement en de hoofdinspectie, de inspecteurs voor de (geestelijke) volksgezondheid en de werknemers- en werk-

* Geselecteerd in overleg met Dr. G.M. van Etten, Stafbureau Beleidsontwikkeling

geversvertegenwoordigers in de Ziekenfondsraad kregen een exemplaar van de vragenlijst toegezonden met het verzoek deze persoonlijk in te vullen. Alle anderen kregen meerdere exemplaren met het verzoek deze door collega's of mede werkers te laten invullen. In de begeleidende brief werd echter ook expliciet de mogelijkheid genoemd een exemplaar door meerdere personen gezamenlijk laten invullen. In een van de slotvragen van de enquête werd gevraagd of van deze mogelijkheid gebruik werd gemaakt, zodat een indruk hiervan verkregen zou kunnen worden.

In april 1982 werden ongeveer 600 exemplaren van de vragenlijst aan boven staande instanties en personen verstuurd. De GG & GDen werden later aan geschreven omdat eerst de beslissing van de vereniging van GGD-direkteuren moest worden afgewacht omtrent hun bereidheid aan het onderzoek mee te werken. In die kring wordt medewerking aan onderzoek landelijk gekoördineerd. In mei en juni werden herinneringsbrieven verstuurd aan degenen die nog niet hadden gereageerd.

Respons

Van de verzonden vragenlijsten werden er na enkele maanden totaal 213 ingevuld retour ontvangen. Het is niet aan te geven hoe hoog deze respons is als percentage van de te verwachten aantallen ingevulde vragenlijsten bij een volledige respons.

Tabel 3.1 Respons

	Verzend- adressen(1)	Respons adressen	Vragen lijsten
Min. Volksgezondheid & Milieuhygiene	13*	8 (62%)	10
Geneesk. Hoofdinginspectie	8	7 (88%)	7
Regionale Inspectie Volksgez.h.	18	9 (50%)	9
Regionale Inspectie Geestelijke Volksgez.h.	10	6 (60%)	6
Provinciale Raden	11 x5	10 (91%)	15
G.G. en G.D.en	62* x3	42 (68%)	62
Adviesorganen (sekretariaten)	6 x5	4 (67%)	6
Ziekenfondsen - direktoren	67	24 (36%)	24
Ziekenfondsen - adv.geneesk.	107	37 (35%)	37
Organisaties Instellingen Beroepsbeoef.	13 x5	5 (38%)	12
Werkgevers/werknemers org. in ZFR	16	8 (50%)	8
Overige (o.a. VNZ, NCGV, VNG, GMD)	8 x5	8 (100%)	15
Onbekend	-	-	2
Totaal	339 (619)	168 (50%)	213

(*) Aan 1 respondent werden op verzoek extra vragenlijsten toegestuurd.

(1) Indien de vragenlijst voor een individuele respondent was bedoeld, is dit als adres in de tabel opgenomen.

Niet alle vragenlijsten werden op naam verstuurd. Verder is per aangeschreven instantie de verhouding tussen het aantal toegezonden vragenlijsten en het aantal potentiële respondenten verschillend. Bijvoorbeeld grote GG & GDen met honderden medewerkers kregen evenveel exemplaren toegestuurd als kleine met slechts enkele medewerkers. Gekonstateerd kan slechts worden dat 213 vragenlijsten zijn ontvangen. Hiervan zijn er 45 door meerdere personen ingevuld, zodat tenminste 258 personen aan dit onderzoek hebben meegewerkt. Uit Tabel 3.1 valt op te maken dat er een redelijke spreiding is van respondenten over de verschillende categorieën van aangeschreven personen en instanties. Zoals in hoofdstuk 2 werd gezegd, was representativiteit niet het belangrijkste aspect van de resultaten van dit onderzoek. Een lage respons werd ook tevoren verwacht en dat was dan ook de reden voor het versturen van een zo groot aantal vragenlijsten.

Indeling van de respondenten in vier categorieën

Om de rapportage te vereenvoudigen, werd besloten de respondenten in vier categorieën in te delen. De eerste categorie, Algemeen, omvat die beleidsfunktionarissen die met alle aspecten van het gezondheidszorg beleid in aanraking komen. Hierbij valt bijv. te denken aan medewerkers van Provinciale Raden voor de Volksgezondheid en regionale inspecteurs. De tweede categorie zijn degenen die vooral te maken hebben met de kosten en financiering van de gezondheidszorg. De belangrijkste groeperingen hier zijn de directeuren en adviserend geneeskundigen van ziekenfondsen. Als derde afzonderlijke categorie werd, mede gezien de grootte van het aantal respondenten, gekozen voor de medewerkers van GG & GDen en de anderen die zich expliciet op basisgezondheidszorg richten. Tenslotte: in de vierde categorie zijn ondergebracht al die beleidsfunktionarissen die met een bepaalde specifieke sektor van de gezondheidszorg te maken hebben, bijv. de geestelijke gezondheidszorg. In Tabel 3.2 is te zien hoe respondenten van diverse typen instellingen zijn verdeeld over de vier categorieën.

Tabel 3.2 Indeling respondenten in categorieën

	Respondent categorie				
	Basis-				
	Algemeen	Kosten	gez.h.z.	Sektoren	Totaal
Min. V & M	1	0	0	9	10
Geneesk.Hoofdinsp.	0	0	1	6	7
Regionale Inspectie Vg	9	0	0	0	9
Regionale Inspectie Geest.Vg.	0	0	0	6	6
Provinciale Raden	12	0	1	2	15
G.G. en G.D.en	0	0	62	0	62
Adviesorg. (sekretar.)	1	4	0	1	6
Ziekenfondsen - directeuren	0	24	0	0	24
Ziekenfondsen - adv.geneesk.	0	37	0	0	37
Org. Instellingen/Beroepsbeoef.	2	0	0	10	12
Werkgevers/werknemers ZFR	0	0	0	9	8
Overige	0	4	0	11	15
Onbekend	0	0	0	2	2
Totaal	25	69	64	55	213

Hoofdstuk 4

HET GEBRUIK VAN BESTAANDE INFORMATIE

Tabel 4.1 geeft een indruk van de relatieve intensiteit waarmee informatie over diverse onderwerpen wordt gebruikt. Aan de uitkomsten mag, gezien de ruime omschrijving van het begrip 'gebruik', geen absolute waarde worden toegekend. Er is dus niet meer mogelijk aan de hand van deze gegevens dan een onderlinge vergelijking.

Bezien we het totaal gemiddelde van alle categorieën respondenten (laatste kolom), dan blijken vooral enkele onderwerpen uit de tweede groep (gezondheidszorgvoorzieningen) in de belangstelling te staan. Dit zijn bijv. de categorieën J (gebruik van voorzieningen) en O (kosten en financiering). In de eerste groep van gezondheidsgegevens valt vooral op dat de categorieën biometrische gegevens en de gegevens over subjektieve gezondheidstoestand afkomstig uit het leefsituatie survey minder gebruikt worden dan het gemiddelde voor alle onderwerpen samen.

De vier groepen respondenten geven een vrij voorspelbaar patroon te zien in hun gebruik. De categorie Algemeen scoort het hoogst in de gegevens over gezondheidszorg. In de groep Kosten, dus de directeuren en adviserend geneeskundigen van ziekenfondsen, is het patroon ook zeer uitgesproken. Daar zijn gegevens over verrichtingen en gebruik van voorzieningen, kosten en opname-en ontslagdiagnoses de duidelijke toppers. In de basis gezondheidszorg, waar de enquête-formulieren vaak door sociaal-geneeskundigen zijn ingevuld, bestaat begrijpelijkerwijs meer belangstelling voor epidemiologische gegevens: risikofactoren, biometrische gegevens, resultaten van keuringen, besmettelijke ziekten e.d. De vierde groep is, ondanks zijn heterogene samenstelling, ook goed herkenbaar. Het zijn overwegend respondenten die zich met een bepaalde categorie voorzieningen bezighouden, zoals: geestelijke gezondheidszorg, ziekenhuizen, eerstelijnsvoorzieningen. Hun belangstelling gaat dan ook vooral uit naar gegevens over gezondheidszorgvoorzieningen, zoals uit de tabellen blijkt.

Vraag 2, de vraag naar het gebruik van gegevens, gedifferentieerd naar diverse bevolkingsgroepen, leverde het volgende beeld op (zie ook Tabel 4.2):

a) leeftijd. 85% van de respondenten gebruikte gegevens, gedifferentieerd naar leeftijd;

Tabel 4.1 Gebruik bestaande gezondheids(-zorg) statistieken (1)

Onderwerp	Respondent categorieën				
	Algemeen (n=25)	Kosten (n=69)	Basis- Gez.h.z. (n=64)	Sektoren (n=55)	Totaal (n=213)
Volksgezondheid					
a) sterfte	1.9	1.5	3.6	3.0	2.6
b) medische (ontslg)d.	2.4	16.4	4.6	4.5	8.2
c) opname-indic.	2.7	25.2	3.0	2.7	10.2
d) besmett.ziekten	8.2	0.9	16.8	0.4	6.5
e) ongevallen	4.2	8.3	2.5	1.4	4.3
f) keuringen/bo.	3.6	0.8	4.6	0.9	2.3
g) biometrische geg.	0.2	0.2	6.8	0.3	2.2
h) funktiestoornissen	1.3	5.4	2.0	3.6	3.4
i) subj.gezondh.toest.	0.9	2.7	1.7	1.5	1.9
Gezondheidszorg/sociale verzekeringen					
j) gebruik	15.9	20.4	2.3	8.5	11.4
k) verricht./verstr.	7.8	26.9	1.1	6.5	11.7
l) verzuim/a.o.	3.4	2.6	4.8	4.7	3.9
m) capaciteit	22.8	18.4	1.8	11.3	12.1
n) mankracht	11.0	7.7	0.7	8.3	6.1
o) kosten/fin.	10.5	25.0	2.1	11.4	13.0
Risicofactoren(omgeving)					
p) leefgewoonten	3.3	0.9	3.8	2.7	2.5
q) milieufakt.	1.6	0.5	3.8	1.6	1.9
r) arbeidsomst.	0.9	0.5	2.8	1.7	1.5
Gemiddelde (a t/m r)	5.7	9.1	3.8	4.2	5.9

(1) Gemiddelde score: 0 = nooit/zelden, 1 = ong. 1x per jaar, 4 = ong. 1x per kwartaal, 12 = ong. 1x per maand, 52 = frekwent (1x per week of vaker)

b) geslacht: 2/3 van de respondenten differentieert zijn gegevens naar geslacht, waarbij de groep basisgezondheidszorg dit wat vaker doet dan de andere respondenten;

c) etnische groepen: hier trad een wat groter verschil op. Over het geheel genomen gebruikte slechts 31% van de respondenten gegevens, gedifferentieerd naar etnische groepen. Het grootst was dit gebruik bij respondenten uit de basisgezondheidsdiensten (45%), en gering (10%) bij de kostengroep;

d) naar nationaliteit werden de gegevens slechts door + 20% van de respondenten gebruikt; wederom het meest door respondenten uit basisgezondheidsdiensten;

e) gezinssamenstelling: deze uitsplitsing werd door 27% van de respondenten gebruikt zonder belangrijke verschillen tussen de groepen;

f) burgerlijke staat: hier was een verschil tussen de eerste 2 en de laatste 2 groepen respondenten. Totaal werd door 36% van de

Tabel 4.2 Gebruik gezondheidszorgstatistieken, gedifferentieerd naar bevolkingsgroepen (percentages)

Indeling	Respondent categorieën				
	Algemeen (n=25)	Kosten (n=69)	Basis- Gez.h.z. (n=64)	Sektoren (n=55)	Totaal (n=213)
a) leeftijdsgroepen	92	81	91	80	85
b) geslacht	64	62	81	60	68
c) etnische groepen	36	10	45	38	31
d) nationaliteit	16	12	31	18	20
e) gezinssamenstelling	16	22	31	35	27
f) burgerlijke staat	24	25	44	47	36
g) beroepsgroepen	36	12	50	40	33
h) risicogroepen (anders dan a t/m g)	28	17	50	33	32
i) verzekeringsvorm	44	83	25	47	52

De in de tabel vermelde percentages betreffen de
respondenten die op dit onderdeel 'JA' geantwoord hebben.

respondenten gegevens naar burgerlijke staat gebruikt, maar in de categorie 'algemeen' en 'kosten' door ongeveer 24% en bij de andere 2 in ruim 40% van de gevallen;

g) Gegevens naar beroep werden nauwelijks gebruikt in de kosten--groep (ongeveer 12%), maar frekwent in de categorie basisgezondheidsdiensten (50%).

h) risico-groepen. Bij risico-groepen deed zich een soortgelijk beeld voor als bij de beroepsgroepen, categorie g). In totaal gebruikte 1/3 van de respondenten dergelijke gegevens;

i) verzekeringsvorm. Hier was natuurlijk te verwachten dat de medewerkers van ziekenfondsen hier het meeste gebruik van zouden maken. Ruim 80% antwoordde hier met ja. Het laagst scoorden de respondenten uit de basisgezondheidsdiensten (25%). De twee andere categorieën zaten daar met ongeveer 45% tussenin. Totaal gebruikte iets meer dan de helft van de respondenten gegevens naar verzekeringsvorm.

Aan de respondenten was ook gevraagd of zij geïnteresseerd waren in bepaalde groepen. 130 van de 213 respondenten beantwoordden deze vraag. De meeste antwoorden hadden betrekking op de categorie 'leeftijdsgroepen', waarbij de categorie 65+ het hoogste scoorde: van de 130 antwoorden hadden er 45 betrekking op deze

leeftijdsgroep. Vervolgens scoorde de groep jongeren, waaronder zuigelingen, kleuters, schoolgaande jeugd, adolescenten, het hoogst (26). Andere groepen, zoals gehandicapten en buitenlandse werknemers, werden slechts een enkele keer genoemd. Overigens kwamen relatief de meeste antwoorden op deze vraag van medewerkers van basisgezondheidsdiensten (61 van de 130 antwoorden).

Vraag 3, naar het gebruik van bepaalde voorzieningen, leverde geen onverwachte resultaten op. De eerste groep respondenten was, zoals te verwachten, geïnteresseerd in alle typen voorzieningen, de tweede groep, de directeuren en adviserend geneeskundigen van ziekenfondsen, vooral in die voorzieningen die door hen mede gefinancierd worden: de eerste- en tweedelijns voorzieningen en geestelijke gezondheidszorg. De groep uit de basis gezondheidszorg daarentegen was natuurlijk het meest geïnteresseerd in gegevens over de basisgezondheidszorg. Een soortgelijk patroon was ook herkenbaar bij de vierde groep respondenten. Opvallend was wel dat alle respondenten ongeveer even vaak zeiden gebruik te maken van gegevens over de geestelijke gezondheidszorg. De vraag of men nog in specifieke voorzieningen of beroepsgroepen geïnteresseerd was, leverde nauwelijks meer op dan een aanduiding van de belangrijkste voorzieningen en beroepsgroepen in iedere categorie voorzieningen.

Vraag 4 betrof de geografische differentiatie van gegevens. Gegevens naar provincie werden meer gebruikt door de eerste categorie respondenten. Dat is begrijpelijk als men bedenkt dat die categorie vooral bestaat uit medewerkers van Provinciale Raden en regionale inspecteurs voor de volksgezondheid. De gegevens naar regio waren ook interessant voor de tweede groep respondenten en iets minder voor de twee laatste. De regio-indeling, waarin men dan voor al geïnteresseerd was, betrof in ongeveer de helft van alle gevallen het eigen werkgebied van de instelling, bijv. het Ziekenfonds of de districtsgezondheidsdienst, en in andere gevallen de gezondheidsregio's volgens de Wet Ziekenhuisvoorzieningen. Slechts een enkele keer werd een andere regio-indeling genoemd. Gegevens naar gemeente waren begrijpelijkerwijs vooral interessant voor de basisgezondheidsdienst, alhoewel meer dan de helft van de respondenten in de andere categorieën ook zei deze gegevens te gebruiken. Tenslotte: gegevens op buurt-/wijk niveau waren voor ongeveer 40% van de respondenten uit basisgezondheidsdiensten relevant, althans werden door hen gebruikt, en slechts door zo'n 10% van de overige respondenten.

Vraag 5 betrof het gebruik van publikaties met gezondheidsstatistieken. Tezamen dekken deze publikaties vrijwel alles wat in Nederland verkrijgbaar is. Gegevens die hierin niet voorkomen, moeten meestal speciaal aan een registrerende instantie worden

gevraagd. Met uitzondering natuurlijk van de gegevens die instellingen voor eigen gebruik produceren, zoals overzichten die ziekenfondsen maken van de productie van huisartsen, specialisten, ziekenhuizen e.d.. Uit Tabel 4.3 valt op te maken dat de meeste publikaties, op een enkele uitzondering na, niet al te frekvent geraadpleegd worden. De topskorers zijn in dit verband het LISZ-jaarboek, het LISA-jaarboek en het Financiële Overzicht Gezondheidszorg. Opvallend is, dat in de eerste categorie, Algemeen, men vooral gegevens haalt uit publikaties van overheidsinstanties terwijl de medewerkers van zieken fondsen vooral gegevens uit publikaties

Tabel 4.3 Gebruik statistische publicaties (1)

Publicatie	Respondent categorie				
	Basis-				
	Algemeen	Kosten	gez.h.z.	Sektoren	Totaal
a) Vademecum	1.8	2.7	3.3	2.2	2.7
b) Compendium	3.7	1.8	2.2	2.1	2.2
c) Maandstatistiek	2.8	1.2	4.8	3.8	3.1
d) Jaaroverzicht	1.3	0.8	1.2	2.2	1.3
e) CBS - sterfte	2.0	0.5	2.2	1.6	1.5
f) Diagnosestatistieken	3.8	5.1	1.0	2.3	3.0
g) Pat. reg. ggz	3.3	5.0	0.3	4.6	3.3
h) Pat. reg. zwakz.	2.8	2.8	0.1	2.1	1.8
i) Peilstations	1.4	0.2	1.4	1.1	0.9
j) Gehandicapten wel geteld	2.4	0.9	0.7	1.7	1.2
k) LSS	2.5	0.1	0.1	1.1	0.7
l) SCR	0.5	0.3	0.1	1.9	0.7
m) LISZ	4.2	17.2	0.5	3.4	7.2
n) LISA	3.4	11.0	0.1	2.1	4.6
o) KISG	3.2	6.9	0.1	2.1	3.2
p) Patientent. ziekenh.	2.4	1.3	0.1	0.8	0.9
q) Patientent. verpleegh.	2.6	1.4	0.1	0.9	1.0
r) Jaarverslag GHI	4.8	0.8	1.5	2.7	2.0
s) Jaarverslag GHGGZ	3.4	0.6	0.8	3.4	1.7
t) Diagnosestat. bedrijfsver.	0.4	0.1	0.7	1.8	0.8
u) Jaarverslag GMD	0.6	0.3	0.5	3.7	1.3
v) GHI-geg. ziekenhuizen	6.1	2.7	0.3	4.0	2.7
w) Personeelssterkte	1.1	0.5	0.1	2.7	1.0
x) FOG	7.2	4.7	1.3	7.1	4.6
y) Kosten en financiering	4.1	2.8	0.8	2.7	2.3
z) Jaarverslag ZFR	1.1	6.0	0.3	1.8	2.6
aa) Jaarverslag AWBZ	0.6	4.7	0.2	0.9	1.8
Gemiddelde (a t/m aa)	2.7	3.1	0.9	2.5	2.2

(1) Gemiddelde scores: zie tabel 4.1

van eigen en verwante instellingen halen, zoals het LISZ-jaarboek en het jaarverslag van de Ziekenfondsraad. De medewerkers van basisgezondheidsdiensten zijn relatief de grootste gebruikers van gegevens van het Centraal Bureau voor de Statistiek, zoals blijkt uit hun relatief grote gebruik van Vademecum en Compendium Gezondheidsstatistiek en de Maandstatistiek Volksgezondheid. In de vierde categorie respondenten is het beeld meer diffuus.

Overigens wordt hier voor de goede orde herhaald dat deze vraag vooral diende als opfrisser van het geheugen alvorens de respondenten overgingen tot het beantwoorden van vraag 6 waarin naar hun oordeel over de thans beschikbare statistieken werd gevraagd.

De beoordeling van bestaande gezondheidszorgstatistieken

Vraag 6 leverde een rijke schakering aan opmerkingen en suggesties op waarvan hieronder de belangrijkste componenten worden weergegeven. Ten aanzien van de volledigheid van de gezondheidszorgstatistieken had ruim de helft van de respondenten in de verschillende categorieën opmerkingen. Deze opmerkingen zijn onder te verdelen in: behoeften aan een geheel nieuw type gegevens, zoals gegevens over patiëntenstromen, of detaillering van bestaande gegevens naar bevolkingsgroepen, voorzieningen, geografische eenheden e.d.. Voorts had een twaalfstal respondenten bij deze vraag opmerkingen omtrent de onderlinge aansluiting van gegevens bij deze vraag gemaakt.

Gegevens over patiëntenstromen werden in diverse bewoordingen door een vrij groot aantal respondenten gevraagd. Het ontbreken van longitudinale gegevens over de gang van patienten door het gezondheidszorgsysteem wordt duidelijk als een gemis ervaren. Afhankelijk van de positie die men in de gezondheidszorg bekleedt, wordt op diverse onderdelen van deze stroom gewezen. Zo wordt van de kant van de Ziekenfondsen een gebrek aan gegevens gekonstateerd over de aanvang van de kostenketen, m.a.w. de eerste beslissing van de patiënt over het gebruik van gezondheidszorgvoorzieningen en de daaruit voortvloeiende konsekventies. Vanuit respondenten in de geestelijke gezondheidszorg wordt gewezen op het belang van dergelijke gegevens voor het beoordelen van de frekwenties van heropname e.d.. Voorts worden dergelijke gegevens ook van belang geacht voor de beoordeling van de behoefte aan nazorg-voorzieningen.

Bij behoefte aan nieuwe gegevens worden verder nog genoemd o.a.: gegevens over nieuwe voorzieningen, met name in de geestelijke gezondheidszorg, bijv. psychiatrische afdelingen van algemene ziekenhuizen, gebruik van extramurale zorg, poliklinische bevallingen, alcohol en drugs, gegevens over laboratoriumonderzoek, functie-

onderzoek en anaesthesiologie in het LISZ-systeem, kanker-registratie.

Voorts wordt door enkele respondenten gewezen op het belang van kwalitatieve gegevens naast kwantitatieve. Terecht wordt daarbij opgemerkt dat niet alle interessante zaken in maat en getal zijn uit te drukken. Ten aanzien van de uitsplitsing van gegevens naar bevolkingsgroepen wordt vooral uit de basisgezondheidsdienst gewezen op het belang van gegevens naar sociale klasse en beroep. Voorts wordt signaleerd dat te weinig gegevens over jongeren en voorzieningen voor jongeren beschikbaar zijn.

Een enkeling merkt op dat gegevens over ouderen vaak ten onrechte niet worden uitgesplitst in vijfjaars categorieën. Meestal wordt volstaan met één categorie 65+.

Door respondenten die op regionaal of gemeentelijk niveau werkzaam zijn, wordt voor wat de gegevens over voorzieningen betreft, vaak opgemerkt dat voor hun werk vooral gegevens per instelling en natuurlijk ook per regio van belang zijn. Maar vooral ten aanzien van gegevens per instelling blijken nogal wat lacunes te bestaan. Men zou graag bijvoorbeeld per ziekenhuis beschikken over gegevens betreffende gebruik, verzorgingsgebieden en patiëntenstroom. Zesendertig respondenten maken opmerkingen over het onvoldoende beschikbaar zijn van gegevens op regionaal en gemeentelijk niveau. Enkele keren wordt ook het ontbreken van gegevens op wijk- en buurniveau genoemd.

Iets minder dan de helft van alle respondenten heeft klachten over de aktualiteit van gegevens. Hier zijn echter opmerkelijke verschillen te constateren tussen de vier categorieën. Het hoogst scoren hier duidelijk de medewerkers van ziekenfondsen waarvan 71% opmerkingen maakte. Daarentegen heeft slechts een kwart van de respondenten uit basisgezondheidsdiensten problemen met de aktualiteit van hun gegevens. LISZ en LISA worden in dit verband het meest genoemd. Ettelijke respondenten merken op dat deze gegevens pas anderhalf of twee jaar later ter beschikking komen. De adviserend--geneeskundigen ervaren dan dat instellingen dergelijke verouderde gegevens simpelweg afdoen als niet meer terzake. Een enkeling geeft ook een oplossing voor het probleem aan, namelijk het publiceren van week- of maandoverzichten met een beperkt aantal aktuele gegevens. Ook ten aanzien van andere statistieken worden opmerkingen over de aktualiteit ge maakt. Maar in de meeste gevallen betreft het statistieken die door enkele respondenten worden gebruikt. Een specifieke suggestie die in het kader van gezondheids-enquêtes interessant is, is die betreffende het aktualiseren van het onderzoek 'Gehandicapten, wel geteld'.

Met de kwaliteit van de hen ter beschikking staande gegevens hebben de respondenten weinig moeite. Slechts een kwart maakt hierover opmerkingen. Twijfel over betrouwbaarheid van gegevens blijkt vooral worden geschapen door discrepanties tussen gegevens uit verschillende bronnen. Enkele respondenten wijzen op het vrijwel geheel ontbreken van kwaliteitskontroles en betrouwbaarheidsonderzoek in de gezondheidszorg statistiek. Veel respondenten houden bij de beantwoording van deze vraag een slag om de arm door op te merken dat zij de kwaliteit niet goed kunnen beoordelen.

Bij de algemene opmerkingen vallen vooral die over het ontbreken van samenwerking en onderlinge afstemming tussen de verschillende instanties op. Dit leidt o.a. tot definitie-verschillen en een onoverzichtelijke presentatie van gegevens. Dat laatste werkt, zoals een respondent opmerkt, het gebruik van die gegevens niet in de hand. Ten aanzien van de presentatie van die gegevens wordt ook de wens geuit door enkele respondenten om simpele, overzichtelijke kerngegevens. Een paar respondenten signaleren voorts een gebrek aan medewerking van registrerende instanties bij het inwilligen van verzoeken om specifieke gegevens. Overigens moet hierbij worden opgemerkt dat anderen hierover juist tevredenheid uitten. Een belangrijke signalering tot slot is, dat op basis van de huidige gezondheidszorgstatistieken evaluatie van de kwaliteit van de gezondheidszorg niet of nauwelijks mogelijk is. Dit manko wordt op diverse manieren in de antwoorden aangetroffen.

Hoofdstuk 5

PERIODIEKE GEZONDHEIDSENQUETE

De vragen 7 t/m 11 hadden betrekking op de mogelijk bruikbaarheid van gegevens uit periodieke gezondheidsenquêtes. Tabel 5.1 geeft de resultaten weer van vraag 7 voor de vier verschillende groepen respondenten.

Tabel 5.1.A Verwachte bruikbaarheid enquêtegegevens (1)

Onderwerp	Respondent categorie				
	Algemeen	Kosten	Basis- gez.h.z.	Sektoren	Totaal
a) Subj. gezondheidst.	1.3	1.1	2.0	1.6	1.5
b) Klachten/symptomen	1.4	1.1	2.0	1.9	1.6
c) Diagnoses	1.0	1.2	1.8	1.6	1.5
d) Functiestoornissen	1.5	1.5	2.4	1.8	1.8
e) Ongevallen	1.3	1.4	2.3	1.3	1.6
f) Kennis ziekte	1.5	1.5	2.3	2.2	1.9
g) Attitudes ziekte	1.8	1.6	2.3	2.2	2.0
h) Leefgewoonten	1.6	1.3	2.5	2.1	1.9
i) Huisvesting	1.5	1.1	2.6	1.8	1.8
j) Arbeidsomst.	1.2	1.1	2.2	1.9	1.7
k) Gebruik	2.5	2.6	2.5	2.5	2.5
l) Zelfmedicatie	2.1	2.2	2.0	2.1	2.1
m) Ziektekosten	1.7	2.6	1.4	2.0	2.0
n) Inkomstenderving	0.9	1.0	1.3	1.3	1.1
o) Kennis voorzieningen	2.0	2.3	2.2	2.4	2.3
p) Attitude voorzieningen	2.0	2.3	2.25	2.3	2.3
Gemiddelde (a t/m p)	1.6	1.6	2.1	1.9	1.9

(1) Gemiddelde scores: 0 = niet relevant, 1 = niet bruikbaar, 2 = misschien bruikbaar, 3 = wel bruikbaar

In tabel 5.1.A is de kolom niet-relevant als 0 gekodeerd, niet-bruikbaar als 1, misschien bruikbaar als 2 en wel bruikbaar als 3. Dat betekent dat een gemiddelde van 2 en hoger duidt op een oordeel in de categorie 'misschien bruikbaar' tot 'wel-bruikbaar'. Is het gemiddelde lager dan 2, dan mag men ervan uitgaan dat in de betreffende categorie de verwachtingen ten aanzien van de bruikbaarheid van het betreffende gegeven niet erg hoog zijn. In tabel 5.1.B is het percentage respondenten vermeld, dat een bepaald type gegevens wel bruikbaar acht.

*Tabel 5.1.B Verwachte bruikbaarheid enquêtegegevens
(percentage, dat verwacht dat gegevens wel bruikbaar zijn)*

Onderwerp	Respondent categorie				
	Algemeen (n=25)	Kosten (n=69)	Basis- gez.h.z. (n=64)	Sektoren (n=55)	Totaal (n=213)
a) Subj. gezondheidst.	16	13	34	35	25
b) Klachten/symptomen	20	10	30	42	25
c) Diagnoses	16	13	33	36	25
d) Functiestoornissen	16	25	58	42	38
e) Ongevallen	16	22	56	24	32
f) Kennis ziekte	28	29	50	44	39
g) Attitudes	24	28	52	55	41
h) Leefgewoonten	24	19	61	46	39
i) Huisvesting	16	15	63	33	34
j) Arbeidsomst.	16	16	55	46	35
k) Gebruik	60	74	66	75	70
l) Zelfmedicatie	36	55	38	44	45
m) Ziektekosten	32	73	28	46	47
n) Inkomstenderving	12	15	17	29	19
o) Kennis voorzieningen	32	57	47	64	53
p) Attitude voorzieningen	40	54	53	62	54
Gemiddelde (a t/m p)	25	32	46	45	39

De cijfers in Tabel 5.1 duiden erop dat deze vraag door de respondenten op een zeer genuanceerde wijze beantwoord is. Het totaal gemiddelde van alle variabelen en groepen samen (in tabel 5.1.A) is net geen 2. De cijfers vertonen een spreiding tussen de 0,9 en 2,6.

De meest opvallende skore is voor categorie k (gebruik voorzieningen). In vergelijking met de antwoorden op vraag 1 en vraag 5 is vooral opvallend dat de verwachtingen t.a.v. de bruikbaarheid in de laatste twee groepen respondenten hoger zijn dan bij de eerste twee (tabel 5.1.B). Uit de beantwoording van vraag 9 zal nog moeten blijken wat men precies verwacht in de verschillende categorieën.

Hoog skoren ook de antwoorden in de categorieën o (kennis betreffende gezondheidszorgvoorzieningen) en p (attitudes en opvattingen betreffende gezondheidszorgvoorzieningen). Dit zou erop kunnen duiden dat men de gezondheidsenquête ziet als een instrument om de stem van de cliënten vorm te geven. Voor het overige worden de verdere gegevens uit een gezondheidsenquête alleen door één of twee categorieën respondenten mogelijk bruikbaar geacht. De respondenten uit de basisgezondheidszorg vertonen daarbij duidelijk de breedste interesse, hetgeen uit het takenpakket verklaard zou kunnen worden.

Uit Tabel 5.1 zou kunnen worden gekonkludeerd dat voor de respondent categorieën Algemeen en Kosten een gezondheidsenquête

met een beperkte opzet, nl. uitsluitend gericht op medische consumptie (inklusief zelf medikatie) en opvattingen over gezondheidszorgvoorzieningen, bevredigend zou kunnen zijn.

De antwoorden op vraag 8 leverden over het geheel genomen weinig op. Interessant is alleen te vermelden dat de meeste suggesties voor aanvulling te rubriceren waren in de rubriek p (attitudes en opvattingen betreffende gezondheidszorgvoorzieningen) en rubriek k (gebruik van voorzieningen). Geen van de bij deze vraag genoemde onderwerpen viel buiten de onder vraag 7 genoemde categorieën. Meestal ging het om een uitwerking op bepaalde onderdelen.

Om de antwoorden op vraag 9 te kunnen verwerken, zijn de gegevens op de diverse onderdelen gekodeerd. Onderdeel a (aard gewenste gegevens) is zoveel mogelijk gekodeerd volgens de indeling van vraag 7. Onder deel b (doel waarvoor men de gegevens wil gebruiken) is als volgt gekodeerd:

A : Planning. Het begrip planning werd hier als zodanig vaak als doel genoemd. Andere antwoorden als het bepalen van capaciteit werden ook in deze categorie gerangschikt.

B : Evaluatie gezondheidszorg(-voorzieningen).

C : Zorgverlening. Hieronder werden gerangschikt de antwoorden waaruit op viel te maken dat de respondent de gegevens voor verbetering van zijn eigen zorgverlening wilde gebruiken; bijv. voor het bedrijven van gezondheidsvoorlichting en opvoeding.

D : Informatie algemeen (geen specifiek doel aangegeven)/onderzoek. Hieronder is bijv. gerubriceerd het gebruik van gegevens voor epidemiologisch onderzoek. E : Het meten van vraag, behoefte, of gebruik. In feite is hier dus evenmin sprake van een specifiek doel.

F : Beïnvloeden patiënten/konsumenten gedrag. Verschillende respondenten gaven aan dat zij de gegevens wilden gebruiken om het gedrag van de patiënt of konsument te beïnvloeden. Het gebruik van voorzieningen was hier meestal het gedrag dat bedoeld werd.

G : Beïnvloeden funktioneren zorg. Hier werd vaak bedoeld dat gegevens gebruikt zouden moeten kunnen worden om te bespreken met artsen of instellingen met de verwachting dat zij vervolgens hun gedrag zou den veranderen.

H : Kosten en financiering. Bij deze categorie kan zowel het meten van kosten als het beïnvloeden van kosten bedoeld zijn.

I : Funktioneren eigen instelling. Diverse respondenten gaven aan dat zij de gegevens wilden gebruiken om het funktioneren van de eigen instelling te evalueren en te beïnvloeden.

J : Overige.

Onderdeel c (eventuele gewenste differentiatie van gegevens) leverde relatief weinig informatie op. Hier werd dan ook volstaan met een vrij globale codering van de antwoorden in drie groepen, differentia-

tie naar bevolkingsgroepen, differentiatie naar voorzieningen/-beroepsbeoefenaren en geografische differentiatie. Bij ieder van deze differentiaties werd genoteerd of men een algemene differentiatie wenste of informatie over een specifieke categorie.

Op ieder formulier konden bij deze vragen drie onderwerpen worden genoemd. Dus op 213 formulieren totaal 639 onderwerpen. Deze mogelijkheid werd zeer ruim benut. In totaal werden 484 onderwerpen genoemd. Tabel 5.2 geeft een overzicht van de genoemde onderwerpen.

Tabel 5.2 Procentuele verdeling van door de respondenten genoemde onderwerpen voor een gezondheidsenquête naar categorie respondent (absolute aantallen tussen haakjes)

Onderwerp	Respondent categorieën				
	Algemeen (n=25)	Kosten (n=69)	Basis- gez.h.z. (n=64)	Sektoren (n=55)	Totaal (n=213)
a) Subj. gezondheidst.	2	2	5	4	3(15)
b) Klachten/symptomen	4	2	3	3	3(13)
c) Diagnoses	0	2	3	4	3(13)
d) Functiestoornissen	2	1	6	7	4(20)
e) Ongevallen	0	1	5	2	2(10)
f) Kennis ziekte	6	1	6	3	3(16)
g) Attitudes ziekte	8	1	7	9	5(26)
h) Leefgewoonten	4	1	14	10	7(36)
i) Huisvesting	0	0	8	1	3(14)
j) Arbeidsomst.	2	1	5	6	3(16)
k) Gebruik	35	36	12	24	25(122)
l) Zelfmedicatie	4	5	1	4	3(16)
m) Ziektekosten	8	17	1	7	8(41)
n) Inkomstenderving	0	0	0	2	0(2)
o) Kennis voorzieningen	8	6	5	1	5(23)
p) Attitude voorzieningen	14	23	8	13	15(73)
Overige	4	2	12	3	6(28)
Totaal	100 (51)	100 (166)	100 (153)	100 (114)	100 (484)

De meest populaire onderwerpen komen overeen met die in vraag 7. De categorie gebruik van voorzieningen springt er weer duidelijk uit, evenals attitudes en opvattingen over gezondheidszorgvoorzieningen. In de respondent-kategorieën Algemeen en Kosten blijkt nog scherper hoe specifiek de belangstelling van deze twee groepen respondenten is. In de categorie basisgezondheidsdiensten valt de cluster kennis en attitudes ten opzichte van ziekte en leefgewoonten op. Dit houdt waarschijnlijk verband met de GVO-activiteiten. De

belangstelling voor huisvesting in deze categorie is verklaarbaar uit de adviserende taak die basisgezondheidsdiensten vaak hebben bij de toewijzing van woningen. Waar wil men deze gegevens nu voor gebruiken? Tabel 5.3 laat zien dat planning verreweg het belangrijkste doel is voor respondenten.

Tabel 5.3 Procentuele verdeling van door respondenten genoemde gebruiksdoelen van gegevens uit een gezondheidsenquête, naar categorie respondent (absolute aantallen tussen haakjes)

Gebruiksdoel	Respondent categorieën				
	Algemeen (n=25)	Kosten (n=69)	Basis- gez.h.z. (n=64)	Sektoren (n=55)	Totaal (n=213)
A Planning	54	28	20	18	26(153)
B Evaluatie	16	13	9	7	11(64)
C Zorg	4	0	27	13	12(74)
D Informatie/onderzoek	2	4	21	24	14(83)
E Meten vraag/gebruik	9	15	9	8	11(66)
F Benvloeden gebruiker	2	11	1	4	5(30)
G Benvloeden verstrekker	7	8	3	6	4(26)
H Kosten meten/benvloeden	4	15	0	5	7(40)
I Funktioneren eigen instell.	0	2	6	1	3(17)
J Overige	4	3	4	14	6(35)
Totaal	100 (57)	100 (207)	100 (197)	100 (136)	100 (597)

De volgende in belangrijkheid zijn: verbetering eigen zorgverlening (vooral basisgezondheidsdiensten), evaluatie van voorzieningen (vooral in de sectoren Algemeen en Kosten) en het meten van de vraag etc. (vooral voor de sektor Kosten). Verder valt op dat vooral in de sektor Kosten het beïnvloeden van patiëntengedrag en het meten en beïnvloeden van kosten veelvuldig worden genoemd. Per onderwerp zijn overigens maximaal 3 doelen gekodeerd. Totaal zijn dat er 597, dat is ongeveer 1,2 doel per genoemd onderwerp.

In tabel 5.4 is te zien voor welk doel men gegevens over bepaalde onderwerpen wil gebruiken. Van de bijna 600 antwoorden komt ongeveer een kwart voor rekening van een concentratie van 2 onderwerpen met 2 doelen: gebruik van voorzieningen en attitudes en opvattingen over voorzieningen enerzijds, anderzijds de doelen planning en evaluatie. Gezien de aard van de respondenten, beleidsfunktionarissen, is dit natuurlijk niet erg verrassend. Bij de basisgezondheidszorg zitten de respondenten blijkbaar dichter tegen het vlak van de directe zorgverlening aan. Dat blijkt zowel uit de

doelstellingen die hier werden genoemd en die meestal betrekking hadden op zorg verlening en de gegevens die men nodig had. De rest van de tabel is eerder interessant door wat er niet in voor komt. Zo is het bijvoorbeeld interessant te konstaten dat voor het doel planning alle gegevens over ziekte en gezondheid (de categorieën A t/m H in vraag 7) tezamen slechts 27 keer worden genoemd. En voor de antwoorden volgens dit epidemiologische planningsmodel zijn voornamelijk respondenten uit de basis-gezondheidszorg verantwoordelijk.

Tabel 5.4 Onderwerpen en gebruiksdoelen van enquête-gegevens, absolute aantallen (percentages tussen haakjes)

	Gebruiksdoelen										
Onderwerpen	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	
a) Subj.gezondh.toest.	4	1	1	5	5					2	18(3)
b) Klachten/symptomen	4			5	5		1			1	16(3)
c) Diagnoses	6	1	2	5	2		1				17(3)
d) Functiestoornissen	3		3	6	3	1	1			3	20(3)
e) Ongevallen	1		6	1	1					1	10(2)
f) Kennis ziekte	1		12	2			1				16(3)
g) Attitudes	5	1	9	7	2	4	1		1	1	31(5)
h) Leefgewoonten	3	3	21	11	1	1			1		41(7)
i) Huisvesting	1		10	4	1						16(3)
j) Arbeidsomst.	1	1	1	9	1				2	1	16(3)
k) Gebruik	73	19		9	27	3	12	7	5	5	160(27)
l) Zelfmedicatie	1	2		5	4	5	2				19(3)
m) Ziektekosten	8	3		2	2	2	3	25	1	2	48(8)
n) Inkomstenderving				1						1	2(0)
o) Kennis voorzieningen	5	5	2	2		10	1	2	2	2	31(5)
p) Attitudes voorzieningen	28	25	2	3	6	4	10	4	4	9	95(16)
Overige	9	3	5	6	6		2	2	1	7	41(7)
	153	64	74	83	66	30	35	40	17	35	597(100)
	(26)	(11)	(12)	(14)	(11)	(5)	(6)	(7)	(3)	(6)	

De vraag naar een eventueel gewenste onderverdeling van de gegevens leverde weinig specifieke informatie op. Hierover kan alleen gezegd worden dat onderverdeling naar regio (geografische onderverdeling) wat vaker werden genoemd dan resp. onderverdeling in bevolkingscategorieën en onder verdeling naar voorzieningen van beroepsbeoefenaren.

Ervaringen met enquêtegegevens

40% van de respondenten kruiste aan dat men in de afgelopen drie jaar gebruik had gemaakt van enquêtegegevens. Gevraagd naar de

aard van die enquêtes, werden in totaal 125 antwoorden genoteerd. Daarbij moet om te beginnen worden opgemerkt dat het begrip enquête door de respondenten vaak veel ruimer is geïnterpreteerd dan bedoeld in deze vragenlijst: enquêtes onder de bevolking. Zo blijken door sommigen duidelijk gegevens rechtstreeks van instellingen verkregen als enquête-gegevens te zijn genoteerd. Bovendien speelt bij deze vraag duidelijke een recall-probleem. De respondent kan zich vermoedelijk niet alle enquête-gegevens herinneren die hij heeft gebruikt. Enerzijds omdat hij het inmiddels vergeten is, anderzijds omdat hij gegevens heeft gebruikt, maar zich niet meer realiseerde dat het enquêtegegevens betrof. De antwoorden op deze vraag zijn dan ook moeilijk interpreteerbaar. 40% van de 125 genoemde enquêtes vallen ook in de zeer gemêleerde categorie 'Overige'. Van de resterende 72 hadden er 16 betrekking op gebruik van voorzieningen, 12 op subjectieve gezondheidstoestand, 11 op leefgewoonte/gedrag, 10 op funktiestoornissen en invaliditeit en 8 op klachten/symptomen en 8 op attitudes en opvattingen betreffende gezondheidszorgvoorzieningen. Met enige voorzichtigheid zou gekonkludeerd kunnen worden dat het eerdere gebruik van enquêtegegevens aansluit bij de wensen die t.a.v. gezondheidsenquêtes worden geuit. Hiervan konden er 37 als duidelijk positief of negatief aangemerkt worden, te weten: 3 positief, 34 negatief. De resterende 50 opmerkingen betroffen eerder wensen of suggesties ten aanzien van de vorm van de enquête, zoals bijvoorbeeld voorkeur voor panel (4x genoemd), wisselende steekproeven (7x genoemd), geografische specificatie (9x genoemd). De negatieve verwachtingen t.a.v. de bruikbaarheid spitsen zich toe op de betrouwbaarheid van de gegevens (18x), de interpretatieproblemen bij enquêtegegevens (9x) en de potentiële beleidsrelevantie (19x). Aangezien de meerderheid van de respondenten deze vraag niet heeft beantwoord, is de interpretatie wederom moeilijk.

Hoofdstuk 6

OVERIGE BRONNEN VAN INFORMATIE

Om het beeld te completeren, werd in de enquête gevraagd naar andere bronnen van kwantitatieve gegevens.

Vraag 12 vroeg naar het gebruik van jaarverslagen. Dit lijkt een bruikbare bron geacht te worden. 87% van de respondenten beantwoordt deze vraag bevestigend. Voor tijdschriften is dit percentage al duidelijk lager, nl. 66%. In totaal werden 369 tijdschriften met name genoemd. In volgorde van belangrijkheid werden genoemd: het Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde (83x), Medisch Contact (66x), het Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde (48x), Het Ziekenhuis (23x), Inzet (16x), Maandblad Geestelijke Volks gezondheid (15x). Andere tijdschriften werden minder dan 10x genoemd. Voor wat de verschillende categorieën respondenten betreft, wijkt alleen de groep respondenten uit de ziekenfondswereld duidelijk af. Zij gebruiken vaker Medisch Contact, Inzet en Het Ziekenhuis dan de andere respondenten. Bij vraag 14 werd gevraagd naar onderzoek door of in opdracht van de eigen instelling in de afgelopen drie jaar. 60% van de respondenten gaf aan dat van dergelijk onderzoek sprake was geweest. Evenals bij vraag 10, waar het de enquêtes betrof, is hier sprake van een ruime interpretatie door de betrokkenen van het begrip onderzoek. Zo werden bij deze vraag ook onder zoeken genoemd naar bijvoorbeeld het ziekteverzuim van hun eigen personeel. Dat past natuurlijk ook binnen de vraagstelling. Het totaal van de antwoorden leverde echter mede hierdoor een uiterst heterogeen en nauwelijks te interpreteren beeld op. Met één uitzondering: van de 223 onderwerpen van onderzoek die werden genoemd, had een kwart (55) betrekking op onderzoek naar gebruik van voorzieningen. Hiervan werden er 34 genoemd door respondenten uit de categorie Kosten.

Men moet natuurlijk voorzichtig zijn met het interpreteren van boven staande gegevens maar de percentages liggen in ieder geval aanzienlijk hoger dan de onderzoekers verwachtten. Het sluit aan bij andere opmerkingen in de enquête, waaruit blijkt dat men gegevens met toelichting, bijv. in een tijdschriftartikel of rapport of verslag, meer op prijs stelt dan 'kale' statistieken.

Overige vragen

Bij de overige opmerkingen, vraag 15, werd door het merendeel van de respondenten niets ingevuld. Twee respondenten maakten een positieve opmerking over de vragenlijst of het onderzoek, 19 respondenten negatieve opmerkingen. Deze hadden bijv. betrekking op de lengte van de vragenlijst, de hoeveelheid werk die aan de beantwoording was verbonden of de moeilijkheidsgraad van de vragen. Daarnaast werden nog zo'n 38 andere opmerkingen genoteerd die bij andere, eerdere vragen konden worden ondergebracht.

Tenslotte kan worden vermeld dat 89% prijs stelt op toezending van het verslag van het onderzoek en dat 43% belangstelling heeft voor deelname aan bijeenkomsten waarin de resultaten van het onderzoek besproken worden.

Hoofdstuk 7

DISKUSSIE

De centrale vraag van dit onderzoek is welke plaats uit een oogpunt van beleid de gegevens uit een periodieke gezondheidsenquête kunnen innemen in het geheel van de beschikbare informatie over volksgezondheid en gezondheidszorg.

Zoals in hoofdstuk 2 al vermeld, is het moeilijk begrippen als 'gebruik van informatie', 'beleid' en 'beleidsfunktionaris' te definiëren. De gegevens uit het eerste deel van de vragenlijst duiden erop, dat binnen de groep respondenten aanzienlijke verschillen bestaan in de betekenis van deze begrippen. De verschillen zijn uit de aard van de functies, die de respondenten bekleden, wel te verklaren. Maar ze geven wel aan dat men voorzichtig moet zijn met generaliseren. De vier categorieën respondenten die bij dit onderzoek zijn onderscheiden, vertonen ieder een eigen antwoordpatroon:

- **Algemeen:** Deze categorie vertoont een relatief breed en diffuus gebruik van gegevens. Gezien hun betrokkenheid bij planning is de extra aandacht voor gegevens betreffende voorzieningen niet verwonderlijk. Planning en algemeen beleid liggen dicht bij elkaar (volgens sommige definities overlappen de begrippen elkaar zelfs volledig). Daarin past dat de respondenten in deze categorie belangstelling hebben voor gegevens over trendmatige ontwikkelingen op middellange en lange termijn. Breedte (informatie over veel aspecten en onderwerpen) is daarbij vermoedelijk belangrijker dan precisie.

- **Kosten.** De adviserend geneeskundigen en directeuren van ziekenfondsen gebruiken gegevens op een veel kortere termijn en hebben dan ook de meeste klachten en wensen ten aanzien van aktualiteit. Hun gegevens behoefte betreft een duidelijk smaller gebied met vermoedelijk hoge eisen t.a.v. nauwkeurigheid. Dit laatste zou verband houden met de zeggingskracht van de gegevens bij gebruik in onderhandelingen; zowel verouderde als minder nauwkeurige gegevens kunnen gemakkelijker als irrelevant van tafel worden geveegd.

- **Basisgezondheidszorg.** De veronderstelling dat de basisgezondheidsdiensten vooral gegevens zouden gebruiken ten behoeve van de onderbouwing van het lokale gezondheidszorgbeleid wordt niet bevestigd. Het gegevensgebruik in het kader van de eigen zorgverlening (die natuurlijk wel een onderdeel vormt van bijv. het

gemeentelijke beleid) domineert de antwoorden. Dat is althans af te leiden uit het feit dat deze categorie het hoogst scoort bij het gebruik van gegevens over gezondheidstoestand en relatief laag bij gegevens over voorzieningen. Een van de duidelijkste voorbeelden is de monitoring van besmettelijke ziekten, een taak waarvoor natuurlijk redelijk preciese en aktuele gegevens beschikbaar moeten zijn. Maar ook huisvestingsadviezen en GVO zijn als GGD-taken duidelijk herkenbaar in de antwoorden. De nieuwe taken krachtens de WVG, waaronder het verzamelen van epidemiologische gegevens, leiden nog niet tot uitgesproken wensen of tot een meer beleidsgericht gebruik van bestaande statistieken.

- Sektoren. Deze categorie is een heterogene restgroep en dat is in de tabellen dan ook te zien. Het antwoordpatroon lijkt die van de categorie 'Algemeen' nog het dichtst te benaderen.

De vraag hoe representatief bovengenoemde categorieën zijn voor het totaal van participanten in de beleidssector, is niet eenvoudig te beantwoorden. Om te beginnen, zal de medewerking aan het onderzoek selektief zijn geweest. Vermoedelijk zijn de respondenten meer geïnteresseerd in statistische gegevens en verwachten zij er ook meer van dan degenen die de vragenlijst niet hebben geretourneerd. De resultaten zullen vertekend zijn ten gunste van het gebruik van bestaande statistieken en de verwachtingen ten aanzien van gezondheidsenquêtes. Een ander aspekt is het feit dat bepaalde groepen beleidsfunktionarissen, met name degenen die op instellingsniveau werkzaam zijn (met uitzondering van de GGDen), niet zijn benaderd. Dit is gedaan op basis van de veronderstelling dat op instellingsniveau vooral gebruik wordt gemaakt van gegevens die binnen de eigen instelling worden geproduceerd. Tegen het licht van deze beperkingen moeten ook de antwoorden op de vragen worden gezien.

Het is opvallend hoezeer het denken over gezondheidsenquêtes in de loop van enkele decennia veranderd blijkt te zijn. Uit het eerste deel van het projekt, de studie naar ervaringen met periodieke gezondheidsenquêtes in andere landen, bleek dat de oudere enquêtes een relatief sterk aksent legden op vragen naar gezondheid terwijl de recenter opgezette vooral ingaan op ziekte- en gezondheidsgedrag, o.a. het gebruik van voorzieningen en leef gewoonten. Deze ontwikkeling blijkt goed aan te sluiten bij de verwachtingen die beleidsfunktionarissen hebben. Vragen naar gebruik van voorzieningen zijn de enige waarvan in iedere categorie respondenten een meerderheid verwacht dat ze voor hun werk bruikbare gegevens op zullen leveren. De achtergrondvariabelen van dat gebruik, kennis en attitude, skoren even eens hoog.

Het is vooral de combinatie van de antwoorden op het eerste en tweede deel van de vragenlijst die interessante informatie oplevert. Men zou de situatie als volgt kunnen schetsen:

De bestaande gezondheidszorgstatistieken worden geregeld gebruikt zonder grote problemen (met uitzondering van de LISZ-gegevens, die voor bepaalde doeleinden niet aktueel genoeg zouden zijn). Wat de respondenten missen, is niet zozeer meer van hetzelfde, maar eerder een ander type gegevens; gegevens die het inzicht in de werking van het gezondheidszorgsysteem vergroten, bijv. gegevens over patiëntenstromen en evaluatieve/kwalitatieve gegevens. Daarin zou een periodieke gezondheidsenquête kunnen voorzien.

Het is nu mogelijk de plaats van een periodieke gezondheidsenquête binnen het totaal van gegevens voor beleidsdoeleinden te schetsen.

Alle statistische gegevens kunnen worden gesitueerd in een matrix met de volgende assen:

- tijdshorizon voor gebruik van gegevens: van lange termijn beleid tot korte termijn operationeel gebruik.
- vereiste precisie van de gegevens; van kwalitatieve aanduidingen tot exakte getallen over scherp gedefinieerde zaken.
- mate van detaillering waarin gegevens beschikbaar zijn; van globale landelijke gegevens tot gegevens op microniveau over afzonderlijke in stellingen of zelfs individuele beroepsbeoefenaren.

Wat nu aan gegevens beschikbaar is, is overwegend tegen de laatstgenoemde uiteinden van de assen te situeren; korte termijn, exakt, gedetailleerd.

Strategisch beleid is echter meer kwalitatief dan kwantitatief. Juist voor dit langere termijn beleid, dat als basis moet dienen voor planningsactiviteiten op korte en middellange termijn, ontbreken de gegevens. Op vragen als:

- hoe ontwikkelt de gezondheidszorg zich?
- veranderen de opvattingen van de bevolking ten aanzien van gezondheid en gezondheidszorg?

geven de bestaande statistieken geen antwoord. Een periodieke gezondheidsenquête, die op deze onderwerpen in zou gaan en zou worden gerapporteerd met uitvoerige analyses en toelichting, zou een belangrijk gat in de bestaande informatie helpen dichten.

Bijlage 1

ERASMUS UNIVERSITEIT ROTTERDAM
Instituut Maatschappelijke Gezondheidszorg
Projectgroep Gezondheidsenquête en Beleid
Tel.: 010 - 63 40 93/63 40 92

VRAGENLIJST

april 1982

INFORMATIE EN BELEID IN DE GEZONDHEIDSZORG

Opbouw van de vragenlijst

Deze vragenlijst bestaat uit vier delen.

Deel A betreft het gebruik en de bruikbaarheid van de bestaande gezondheids(zorg)statistieken in uw werk.

Tegen deze achtergrond wordt in deel B gevraagd naar uw verwachtingen omtrent de bruikbaarheid van gegevens uit een periodieke gezondheidsenquête en naar specifieke wensen of suggesties.

Deel C gaat in op andere mogelijke bronnen van gegevens naast de bestaande gezondheids(zorg)statistieken.

In deel D, tenslotte, worden enkele algemene vragen gesteld.

Hoe vult u de lijst in?

De vragenlijst dient u in te vullen vanuit het perspectief van uw werkzaamheden, c.q. uw functie. Er wordt niet gevraagd naar het belang dat u in het algemeen aan bepaalde gegevens toekent of naar uw persoonlijke interesses.

In de opzet van de vragenlijst is gekozen voor vrij ruime formuleringen. De bedoeling hiervan is u in de gelegenheid te stellen antwoorden te geven die zoveel mogelijk bij uw eigen werksituatie aansluiten.

Vaak kunt u volstaan met het aankruisen van het door u gekozen antwoord.

Toelichting op de door u aangekruiste antwoorden, of nadere specificatie, verhoogt daarbij de waarde van het onderzoek en wordt door ons bijzonder op prijs gesteld.

A. GEZONDHEIDS (ZORG) STATISTIEKEN

De vragen 1 tot en met 6 hebben betrekking op het gebruik en de bruikbaarheid van gezondheids(zorg)statistieken in uw werk.

Gezondheids(zorg)statistieken zijn die kwantitatieve gegevens betreffende volksgezondheid en gezondheidszorg welke continu of periodiek worden verzameld en gepubliceerd door registratie-instellingen (CBS, SMR, LISZ e.d.), (semi-)overheidsinstellingen (GHI), uitvoeringsorganen van sociale verzekeringen of andere instituten (bijv. NZI, NIPG, NHI). Gebruik kan variëren van het volgen van ontwikkelingen en het verkrijgen van globale indrukken tot het verzamelen van gegevens ter onderbouwing of uitwerking van concrete beleidsmaatregelen.

Bruikbaarheid heeft zowel betrekking op de volledigheid van de statistieken in relatie tot het doel waarvoor u ze wilt gebruiken, als op het tijdstip waarop of de vorm waarin ze ter beschikking komen.

1. Onderwerpen

De onderwerpen van de bestaande gezondheids(zorg)statistieken zijn hieronder in een aantal rubrieken samengebracht.

Wilt u aangeven hoe vaak u voor uw werk gegevens uit de betreffende rubrieken gebruikt?

Gebruikt u gegevens uit deze rubriek

	NOOIT/ ZELDEN	ongeveer 1xper JAAR	ongeveer 1xper KWARTAAL	ongeveer 1xper MAAND	FREKVENT ongeveer 1xper WEEK of vaker	
<u>volksgezondheid</u>						
a. sterftcijfers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	a.
b. medische (ontslag-)diagnoses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	b.
c. opname-indicaties	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	c.
d. besmettelijke ziekten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	d.
e. ongevallen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	e.
f. bevindingen keuringen/bevolkings- onderzoeken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	f.
g. biometrische gegevens (lengte, gewicht e.d.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	g.
h. functiestoornissen/gehandicapten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	h.
i. subjectieve gezondheidstoestand/ klachten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	i.
<u>gezondheidszorg/sociale verzekeringen</u>						
j. gebruik van voorzieningen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	j.
k. verrichtingen/verstrekkingen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	k.
l. ziekteverzuim/arbeidsongeschikt- heid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	l.
m. capaciteit voorzieningen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	m.
n. mankracht/opleidingen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	n.
o. kosten/financiering	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	o.
<u>risicofactoren/omgeving</u>						
p. leefgewoonten (roken, voeding e.d.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	p.
q. milieufactoren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	q.
r. arbeidsomstandigheden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	r.

2. Bevolkingsgroepen

Maakt u voor uw werk gebruik van gegevens over één of meer onderwerpen uit vraag 1, onderverdeeld naar bevolkingsgroepen (bijv. naar leeftijd, beroep e.d.)?

Naast het ja/nee antwoord is ruimte opengelaten om aan te geven of het u nog om speciale groepen uit een dergelijke onderverdeling te doen is (bijv. bij (a) leeftijdsgroepen: de groep "hejaarden").

Gebruikt u gegevens onderverdeeld naar:

	JA	NEE	Bepaalde groepen?
a. leeftijdsgroepen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-----
b. geslacht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-----
c. etnische groepen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-----
d. nationaliteit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-----
e. gezinssamenstelling	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-----
f. burgerlijke staat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-----
g. beroepsgroepen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-----
h. risicogroepen (anders dan a t/m g)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-----
i. verzekeringsvorm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-----

3. Voorzieningen

Maakt u voor uw werk gebruik van gegevens over één of meer onderwerpen uit vraag 1, die speciaal betrekking hebben op bepaalde sectoren van de gezondheidszorg?

Naast het ja/nee antwoord is ruimte opengelaten om aan te geven of het u nog om speciale voorzieningen of beroepsbeoefenaren binnen een bepaalde sector te doen is (bijv. bij (b) eerstelijnsgezondheidszorg: "tandartsen").

Gebruikt u gegevens over:

	JA	NEE	Bepaalde voorzieningen/beroepsbeoefenaren?
a. Basisgezondheidszorg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-----
b. Eerstelijnsgezondheidszorg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-----
c. Tweedelijnsgezondheidszorg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-----
d. Geestelijke gezondheidszorg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-----

4. Geografische indeling

Gebruikt u voor uw werk gegevens over één of meer onderwerpen uit vraag 1, onderverdeeld naar provincie, regio, gemeente of wijk?

Indien u gegevens naar regio gebruikt, wilt u dan aangeven welke regio-indeling voor uw werk relevant is?

Gebruikt u gegevens naar:

	JA	NEE	
a. Provincie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b. Regio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→ regio-indeling: -----
c. Gemeente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-----
d. Buurt/wijk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

5. Publicaties

Hieronder treft u een lijst aan met een aantal publicaties van gezondheids(zorg)statistieken. Wilt u aangeven hoe vaak u deze publicaties raadpleegt?

	Raadpleegt u deze publicatie:					
	NOOIT/ ZEIDEN	ongeveer 1x per JAAR	ongeveer 1x per KWARTAAL	ongeveer 1x per MAAND	FREKVENT ongeveer 1x per WEEK of vaker	
a. Vademecum Gezondheidsstatistiek Nederland	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	a.
b. Compendium Gezondheidsstatistiek Nederland	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	b.
c. Maandstatistiek van Bevolking en Volksgezondheid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	c.
d. Jaaroverzicht Bevolking en Volksgezondheid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	d.
e. Specifieke CBS-publicaties over sterfte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	e.
f. Diagnosestatistiek Ziekenhuizen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	f.
g. Publikaties patiëntenregistratie intramurale voorzieningen geestelijke gezondheidszorg/patiëntenregistratie psychiatrische instituten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	g.
h. Publikaties patiëntenregistratie inrichtingen voor zwakzinnigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	h.
i. Jaarverslag continue morbiditeitsregistratie peilstations Nederland	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	i.
j. Gehandicapten Wel Geteld (CBS)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	j.
k. Leefsituatiesurvey (CBS)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	k.
l. Sociaal en Cultureel Rapport	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	l.
m. LISZ-jaarboek	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	m.
n. LISA-jaarboek	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	n.
o. KISG-jaarboek	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	o.
p. Rapport patiëntentelling ziekenhuizen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	p.
q. Rapport patiëntentelling verpleeghuizen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	q.
r. Jaarverslag Geneeskundig Hoofdinspector van de Volksgezondheid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	r.
s. Jaarverslag Geneeskundig Hoofdinspector van de Geestelijke Volksgezondheid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	s.
t. Diagnosestatistiek bedrijfsverenigingen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	t.
u. Jaarverslag GMD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	u.
v. Overzicht van de gegevens van de ziekenhuizen in Nederland (GHI)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	v.
w. Statistiek Personeelssterkte 1977	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	w.
x. Financieel Overzicht van de Gezondheidszorg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	x.
y. Kosten en Financiering van de Gezondheidszorg in Nederland (CBS)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	y.
z. Jaarverslag Ziekenfondsraad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	z.
aa. Jaarverslag Stichting Centraal Administratiekantoor ANWB	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	aa.

B. PERIODIEKE GEZONDHEIDSENQUÊTE

De vragen 7 tot en met 11 hebben betrekking op de mogelijke bruikbaarheid van gegevens uit een periodieke gezondheidsenquête voor uw werk.
In een periodieke gezondheidsenquête worden bij een steekproef uit de bevolking mondeling of schriftelijk vragen gesteld over gezondheid, gezondheidszorg en daarmee samenhangende onderwerpen. Dit wordt op gezette tijden (bijv. jaarlijks) herhaald, zodat trendmatige ontwikkelingen zichtbaar worden.
Uitvoeriger informatie treft u aan in de bijlage 'Periodieke Gezondheidsenquête'. U wordt verzocht kennis te nemen van de inhoud van deze bijlage alvorens u dit deel van de vragenlijst invult.

7. Onderwerpen - algemeen

In de bijlage is een overzicht opgenomen van de onderwerpen die in andere landen in periodieke gezondheidsenquêtes opgenomen zijn, aangevuld met enkele onderwerpen uit incidentele enquêtes. Deze onderwerpen zijn hieronder in een aantal rubrieken samengevat. Wilt u per rubriek aangeven in hoeverre u verwacht dat daarover uit een periodieke gezondheidsenquête voor uw eigen werkzaamheden bruikbare gegevens kunnen komen, mede gelet op de reeds bestaande gezondheids(zorg)statistieken?

	onderwerp voor uw werk niet relevant	Gegevens uit een periodieke gezondheidsenquête zijn voor uw werk naar verwachting:			
		niet bruikbaar	misschien bruikbaar	wel bruikbaar	
a. subjectieve gezondheidstoestand	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	a.
b. klachten/symptomen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	b.
c. door de patiënt gerapporteerde diagnoses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	c.
d. functiestoornissen/invaliditeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	d.
e. ongevallen/sportblessures	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	e.
f. kennis betreffende ziekte en gezondheid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	f.
g. attitudes en opvattingen betreffende ziekte en gezondheid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	g.
h. leefgewoonten/gedrag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	h.
i. huisvesting/milieufactoren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	i.
j. arbeidsomstandigheden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	j.
k. gebruik van voorzieningen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	k.
l. zelfmedicatie/zelfzorg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	l.
m. ziektekosten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	m.
n. inkomstenderving door ziekte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	n.
o. kennis betreffende gezondheidszorg(voorzieningen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	o.
p. attitudes en opvattingen betreffende gezondheidszorg(voorzieningen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	p.

8. Aanvulling onderwerpen

Mist u bij vraag 7 of in de bijlage, onderwerpen die naar uw inzicht in een periodieke gezondheidsenquête zouden kunnen/moeten worden opgenomen? Zo ja, welke?

☐

JA

☐

NEE

Onderwerpen: _____

11. Onderwerpen - specifiek

NB: UW ANTWOORD OP DEZE VRAAG IS VOOR HET ONDERZOEK VAN EXTRA GROOT BELANG.

Welke drie groepen van gegevens uit een periodieke gezondheidsenquête zouden voor uw werk waarschijnlijk het belangrijkst zijn?

Wilt u per onderwerp aangeven:

- a. aard van de door u gewenste gegevens;
- b. omschrijving van het doel waarvoor u de gegevens wilt gebruiken
(bijv. planning van, evaluatie van);
- c. eventueel gewenste onderverdeling bijv. naar bepaalde bevolkingsgroepen, voorzieningen en/of geografische eenheden (provincie, regio, gemeente)?

onderwerp 1:

a. aard gewenste gegevens:

.....

b. doel:

.....

c. eventueel gewenste onderverdeling:

.....

onderwerp 2:

a. aard gewenste gegevens:

.....

b. doel:

.....

c. eventueel gewenste onderverdeling:

.....

vraag 9 (vervolg)

onderwerp 3: _____

a. aard gewenste gegevens: _____

b. doel: _____

c. eventueel gewenste onderverdeling: _____

10. Gebruik enquêtegegevens

Heeft u in de afgelopen drie jaar (1979 - heden) gebruik gemaakt van enquête-gegevens over gezondheid, ziekte en daarmee samenhangende aspecten?



JA



NEE

Welke enquête(s)? Door wie werd die enquête gehouden?

11. Bruikbaarheid gegevens uit gezondheidsenquêtes

Heeft u opmerkingen ten aanzien van de bruikbaarheid van gegevens uit gezondheidsenquêtes (onder de bevolking) in het algemeen of ten aanzien van factoren die de bruikbaarheid kunnen beïnvloeden?

Te denken valt hierbij aan zaken als kwaliteit en betrouwbaarheid van de gegevens, representativiteit, interpretatie en de vorm van de enquête (mondeling/schriftelijk, herhaalde enquêtering bij dezelfde groep (panel) of steeds wisselende steekproeven, aard en omvang steekproef e.d.)

C. ANDERE BRONNEN VAN GEGEVENS

In deel A werd een aantal vragen gesteld over de gezondheids(zorg)statistieken die u in uw werk gebruikt.

De vragen 12 tot en met 14 hebben betrekking op andere mogelijke bronnen van gegevens.

12. Jaarverslagen

Vormen jaarverslagen van instellingen (bijv. ziekenhuizen), anders dan dat van uw eigen instelling, voor uw werk een bron van bruikbare gegevens?

☐ JA ☐ NEE

13. Tijdschriften

Vormen tijdschriften voor uw werk een bron van bruikbare gegevens?

Zo ja, wilt u dan de drie tijdschriften die voor uw werk de meeste gegevens opleveren, vermelden?

NB: Het gaat hier vooral om kwantitatieve gegevens en conclusies daaruit en niet zozeer om opiniërende artikelen e.d.

☐ JA ☐ NEE

S.v.p. de drie tijdschriften waaruit u voor uw werk de meeste gegevens haalt, vermelden:

1. _____

2. _____

3. _____

14. Onderzoek

Is er door uw instelling (of afdeling) in de afgelopen drie jaar (1979 -heden) onderzoek verricht, uitbesteed of gesubsidieerd dat o.a. ten doel had voor uw werk relevante gegevens op te leveren? Zo ja, over welke onderwerpen werden (of worden) in deze onderzoeken gegevens verzameld die voor uw eigen werkzaamheden relevant zijn?

☐ JA ☐ NEE

onderwerpen: _____

D. ALGEMENE VRAGEN15. Opmerkingen

Heeft u naar aanleiding van deze vragenlijst nog op- of aanmerkingen?

16. Invulling

Om de antwoorden op deze vragenlijst te kunnen rubriceren (landelijk/provinciaal/gemeentelijk, aandachtsgebieden e.d.) en om eventueel toelichting te kunnen vragen op uw antwoorden, zouden wij graag weten door wie dit formulier is ingevuld.
Bij de verdere verwerking wordt dit blad gescheiden van de rest van de vragenlijst.

a. Waar bent u werkzaam?

Naam organisatie/instelling: _____

Afdeling: _____

b. Naam: _____

Telefoonnummer: _____

Functie: _____

Discipline/opleiding: _____

c. Hebben aan het invullen van deze vragenlijst ook anderen meegewerkt?

☐ NEE ☐ JA17. Toezending verslag

Stelt u prijs op toezending van het verslag van dit onderzoek?

☐ JA ☐ NEE

Het verslag zal vermoedelijk eind 1982/begin 1983 beschikbaar zijn.

18. Bespreking resultaten project Gezondheidsenquête en Beleid

Heeft u belangstelling voor deelname aan de bijeenkomsten waarin de resultaten van dit onderzoek besproken worden?

☐ JA ☐ NEE

Deze bijeenkomsten zullen in 1983 plaatsvinden.

Hartelijk dank voor uw medewerking aan dit onderzoek

NB: DE ANTWOORDENVELOPPE BEHOEFT NIET TE WORDEN GEFRANKEERD.



ERASMUS UNIVERSITEIT ROTTERDAM

Instituut Maatschappelijke Gezondheidszorg

BIJLAGE

PERIODIEKE GEZONDHEIDSENQUETE

In een periodieke gezondheidsenquête worden bij een steekproef uit de bevolking mondeling of schriftelijk vragen gesteld over gezondheid, gezondheidszorg en daarmee samenhangende onderwerpen. Dit wordt op gezette tijden (bijv. jaarlijks) herhaald, zodat trendmatige ontwikkelingen zichtbaar worden.

Dergelijke enquêtes bieden met name in twee opzichten mogelijkheden voor het verkrijgen van informatie die via registratiesystemen niet of veel moeilijker te achterhalen is:

- a. De gegevens zijn rechtstreeks van de bevolking afkomstig en bieden daardoor een ander perspectief op gezondheid en gezondheidszorg dan gegevens die via instellingen of beroepsbeoefenaren verzameld worden. Met name kunnen zo gegevens worden verkregen van personen die niet van bepaalde voorzieningen gebruik maken, en dus niet in de gezondheidsstatistieken terecht komen.
- b. Daarnaast kan bijvoorbeeld van personen die wel van voorzieningen gebruik maken, nagegaan worden hoe het gebruik van verschillende voorzieningen door diezelfde personen geschiedt en hoe het gebruik van voorzieningen met andere factoren samenhangt.

In diverse Westerse landen vinden periodieke gezondheidsenquêtes plaats van zeer uiteenlopende vorm en inhoud; Verenigde Staten, Canada, Australië, Engeland, Frankrijk, West-Duitsland.

De Amerikaanse Health Interview Survey is de meest omvangrijke, hetgeen o.a. verband houdt met de beperkte omvang van de gezondheids(zorg)statistieken aldaar. In Engeland daarentegen is de omvang bescheiden en maken de vragen onderdeel uit van een algemene enquête, de 'General Household Survey'.

De opbouw van de steekproeven vertoont eveneens verschillen. Zo kunnen individuele personen of huishoudens als eenheid worden gehanteerd. In sommige enquêtes wordt telkens dezelfde groep (panel) ondervraagd, terwijl in andere enquêtes steeds een nieuwe steekproef wordt getrokken. Sommige enquêtes leggen een sterk accent op één bepaald onderwerp; bijv. leefgewoonten (Canada) of gebruik van voorzieningen (Frankrijk). Onderstaande lijst bevat een compilatie van de onderwerpen waarover in de diverse landen vragen worden gesteld (naast algemene gegevens zoals leeftijd en geslacht):



ERASMUS UNIVERSITEIT ROTTERDAM
Instituut Maatschappelijke Gezondheidszorg

Bijlage Periodieke
Gezondheidsenquête
(vervolg)

- a. subjectieve gezondheidstoestand
 - kortdurende ziekte-episodes
 - langdurige ziekten
 - oordeel over eigen gezondheid
 - tevredenheid met gezondheidstoestand
- b. klachten/symptomen
 - klachten
 - symptomen
 - CARA-vragenlijst (CARA = Chronisch Aspecifieke Respiratoire Aandoeningen)
 - 'Rose-questionnaire' (hart- en vaatziekten)
- c. door de patiënt gerapporteerde diagnoses
 - door artsen bij respondent geconstateerde ziekten/afwijkingen (waarvan patiënt op de hoogte is)
 - familie-anamnese
- d. functiestoornissen/invaliditeit
 - ziekteverzuim
 - arbeidsongeschiktheid
 - aantal dagen in bed wegens ziekte
 - aantal dagen met aktiviteitsbeperking door ziekte
 - functie-stoornissen
 - ADL-validiteit (ADL = Algemene Dagelijkse Levensverrichtingen)
 - handicaps
- e. ongevallen/sportblessures
 - verkeersongevallen
 - bedrijfsongevallen
 - ongevallen in de privésfeer
 - sportblessures
- f. kennis van ziekte en gezondheid
 - ziektebeelden
 - betekenis symptomen
 - oorzaken van ziekte
- g. attitudes en opvattingen betreffende ziekte en gezondheid
 - magische vs. rationele ziekte-opvatting
 - verwachtingen t.a.v. beïnvloedbaarheid gezondheid/ziekte
 - ervaringen met gezondheid en ziekte
- h. leefgewoonten/gedrag
 - voeding
 - alcohol
 - roken
 - sport/vrijtijdsbesteding
 - verdovende middelen
 - seksuele hygiëne/geboortenregeling
 - gebitshygiëne
 - veiligheidsgedrag
 - stress



ERASMUS UNIVERSITEIT ROTTERDAM
Instituut Maatschappelijke Gezondheidszorg

Bijlage Periodieke
Gezondheidsenquête
(vervolg)

i. huisvesting/milieufactoren

- woonsituatie en woonomgeving
- blootstelling/hinder luchtverontreiniging/stank
- blootstelling/hinder geluid

j. arbeidsomstandigheden

- beroep
- blootstelling aan gevaarlijke stoffen
- " " geluid
- " " onveilige situaties

k. gebruik van voorzieningen

- consulten
- gebruik geneesmiddelen op recept
- deelname bevolkingsonderzoek
- opnamen/verpleegdagen
- gebruik alternatieve geneeswijzen
- kunst- en hulpmiddelen

l. zelfmedicatie/zelfzorg

- gebruik geneesmiddelen zonder recept
- hulp/verzorging door burens/familieleden/kennissen

m. ziektekosten

- uitgaven in verband met gebruik van voorzieningen
- andere uitgaven wegens ziekte
- ziektekostenverzekeringen

n. inkomstenderving door ziekte

- inkomstenderving
- verzekering tegen inkomstenderving

o. kennis van gezondheidszorg (voorzieningen)

- kennis beschikbaarheid voorzieningen
- " " doel/functie "

p. attitudes en opvattingen betreffende gezondheidszorg (voorzieningen)

- ervaring met gezondheidszorg (voorzieningen)
- tevredenheid over " "
- wensen t.a.v. " "
- meningen over aspecten van gezondheidszorg (voorzieningen)



ERASMUS UNIVERSITEIT ROTTERDAM

FACULTEIT DER
GENEESKUNDE
Inst. Maatschappelijke
Gezondheidszorg

onze referentie DJ/CK
doorkiesnr. 63 4093/4092

uw referentie

rotterdam 14 april 1982

onderwerp Gezondheidsenquête en beleid

Zeer geachte heer/mevrouw,

Voor het werk van beleidsinstanties is een adequate informatievoorziening van groot belang. Ondanks het feit dat in ons land gezondheids(zorg)statistieken van velerlei aard beschikbaar zijn, voorzien deze in veel gevallen slechts gedeeltelijk in de behoefte aan gegevens. Mede gezien de ervaringen in andere landen, zou wellicht een periodieke gezondheidsenquête, waarbij rechtstreeks van de bevolking gegevens worden verkregen, een nuttige aanvulling vormen. Vooral de flexibiliteit van een enquête biedt nieuwe mogelijkheden in vergelijking met registratiesystemen. Zowel de selectie van te ondervragen personen als de onderwerpen waarover gegevens worden verzameld, kunnen op relatief eenvoudige wijze worden toegesneden op de behoefte aan informatie bij beleidsinstanties.

Op het Instituut Maatschappelijke Gezondheidszorg van de Erasmus Universiteit Rotterdam wordt thans met financiële steun van het Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne het project Gezondheidsenquête en Beleid uitgevoerd. Doel van dit project is het vaststellen van de potentiële bijdrage van een periodieke gezondheidsenquête aan de informatievoorziening t.b.v. beleidsinstanties in de gezondheidszorg. De resultaten van het project zullen o.a. toepassing kunnen vinden in de periodieke gezondheidsenquête die door het Centraal Bureau voor de Statistiek wordt opgezet. Nadere informatie over het project en over periodieke gezondheidsenquêtes treft u aan in de bijlagen.

Voor ons onderzoek is het van groot belang inzicht te verkrijgen in de opvattingen en wensen van direct bij het beleid betrokkenen ten aanzien van een periodieke gezondheidsenquête in relatie tot hun ervaringen met de bestaande bronnen van informatie. Daartoe is bijgevoegde vragenlijst "Informatie en Beleid in de Gezondheidszorg" opgesteld.

- 2 -

Deze wordt toegezonden aan (beleidsfunctionarissen bij) overheden, instellingen en verenigingen op landelijk, provinciaal en gemeentelijk niveau. De vragenlijst en de selectie van aan te schrijven personen en organisaties zijn tot stand gekomen in nauwe samenwerking met de begeleidingscommissie (samenstelling zie bijlage). Bij proefinvulling is gebleken dat het invullen van de vragenlijst ongeveer 30 minuten vergt.

Ik verzoek u aan het onderzoek uw medewerking te verlenen door deze vragenlijst in te vullen en te retourneren in de bijgesloten antwoord-enveloppe.

Voorts zou ik het op prijs stellen indien ook enkele andere daartoe naar uw inzicht geëigende functionarissen binnen uw organisatie een exemplaar van de vragenlijst zouden invullen. Drie exemplaren zijn bijgevoegd. Desgewenst kunt u ook één formulier in overleg met deze functionarissen invullen.

Op het vragenformulier kunt u aangeven of u prijs stelt op toezending van een verslag van het onderzoek. Tevens kunt u daarop vermelden of u te zijner tijd deel wenst te nemen aan een bijeenkomst waarop de resultaten van het onderzoek worden besproken. Tot het verstrekken van nadere inlichtingen ben ik vanzelfsprekend te allen tijde bereid.

Gezien het belang van een goede informatievoorziening voor de beleidsvorming in de gezondheidszorg, vertrouw ik op uw medewerking te kunnen rekenen. Voor die medewerking zeg ik u bij voorbaat dank.

Met de meeste hoogachting,

drs. Gaspard A. de Jong,
projectleider.

Instituut Maatschappelijke Gezondheidszorg,
Erasmus Universiteit Rotterdam,
Postbus 1738,
3000 DR Rotterdam.
Tel. 010 - 63 40 93/63 40 92.

Bijlagen: - Informatie project Gezondheidsenquête en Beleid.
- Periodieke Gezondheidsenquête.
- Vragenlijst Informatie en Beleid in de Gezondheidszorg.
- Antwoortenveloppe.

Bijlage 3

Informatie over het projekt 'Gezondheidsenquête en beleid'

Drs. Gaspard A. de Jong (projektleider)
Studierichting Algemene Gezondheidszorg

Prof.Dr. P.J. van der Maas
Instituut Maatschappelijke Gezondheidszorg

Doel

Het bepalen van de mogelijkheden die een periodieke gezondheidsenquête zou kunnen bieden voor het verstrekken aan beleidsinstanties van voor hun werk relevante informatie, alsmede het bepalen van de plaats die een periodieke gezondheidsenquête zal kunnen innemen binnen een samenhangend stelsel van doorlopende informatieverstrekking ten behoeve van beleidsinstanties op het terrein van de volksgezondheid.

Opzet

Het projekt omvat drie delen:

I Literatuurstudie betreffende de organisatorische, inhoudelijke en methodologische aspecten van periodieke gezondheidsenquêtes in andere landen. Rapport + Bibliografie beschikbaar: C.Kars, M.Pollemaans & Y.Spronk, Feeling the nation's pulse; a study of national health interview surveys. I. Report. II. Annotated bibliography. May 1983.

II Vragenlijst Informatie en Beleid in de Gezondheidszorg. Een enquête onder beleidsfunktionarissen betreffende het gebruik en de bruikbaarheid van de bestaande gezondheids(zorg)statistieken, de potentiële bruikbaarheid van gegevens uit een periodieke gezondheidsenquête en het gebruik van andere bronnen van gegevens (jaarverslagen, tijdschriften, onderzoek).

III Eindrapportage en follow-up. De delen I en II zullen moeten uitmonden in een beantwoording van de vraag naar de potentiële beleidsrelevantie van een periodieke gezondheidsenquête in Nederland en in aanbevelingen gericht op het optimaliseren van de beleidsrelevantie.

Samenstelling beleidsadvieskommissie

Th.M.G. van Berkestijn, arts, directeur Provinciale Raad voor de Volksgezondheid Gelderland

Drs. J.W.M. Collaris, Vereniging van Nederlandse Ziekenfondsen

Dr. G.M. van Etten, Stafbureau Beleidsontwikkeling, Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur, Direktoraat-Generaal Volksgezondheid

Drs. P. van Son, Stafafdeling Epidemiologie en Informatica, Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur

C.A. Vermeulen, arts, geneeskundig directeur GGD - Eindhoven

Wetenschappelijke konsulenten

Mw. Prof.Dr. M.J. Drop, capaciteitsgroep Medische Sociologie, R.U. Limburg

Dr. R. Hayes, Inst. Maatschappelijke Gezondheidszorg, Erasmus Universiteit Rotterdam

Mw. Dr.Ir. M.W. de Kleijn-de Vrankrijker, Stafafdeling ISG, Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur

Ir. J.L.A. van Sonsbeek, CBS, Hoofdafdeling Gezondheidsstatistiek

Drs. B. Tax, Instituut Sociale Geneeskunde, K.U. Nijmegen

Prof.Dr. M. van de Vall, Sociologisch Instituut, R.U. Leiden

Hoofdstuk 6

Diskussie

De relatie tussen ongelijkheid in gezondheid, sociaal-medisch onderzoek en beleid is in de voorgaande hoofdstukken op twee niveaus geanalyseerd:

a. Inhoud van de ongelijkheidsproblematiek en van het beleid in deze; 'Wat is het probleem en wat kan eraan gedaan worden?'

b. Analyse van de rol van informatie in het beleidsproces; 'Welke rol spelen statistische informatie en onderzoek (over ongelijkheid in gezondheid) in het beleid?'

Het inhoudelijke niveau

Voor de bespreking maken we gebruik van dezelfde indeling van beleidsaspecten als in de Inleiding; doel, middel en effect. Het vierde aspect, keuze van beleidsinstrumenten, bespreken we onder het hoofd 'Informatie en beleid'.

Doel

In hoofdstuk 2 'Justice and Health for All' is aangegeven wat de relaties zijn tussen verschillende politieke filosofieën en opvattingen over ongelijkheid in gezondheid. Twee groepen rechtvaardigingsprincipes werden met name besproken:

- op het *proces* gerichte principes; 'gelijke toegankelijkheid' en het libertaire beginsel

- op het *resultaat* gerichte principes; 'egalitarisme' en 'utilitarisme'.

Het thans in de verzorgingsstaat nog dominerende principe van gelijke toegankelijkheid van voorzieningen blijkt in een periode van (relatieve) schaarste minder goed te voldoen. Het principe leidt namelijk niet tot prioriteiten in het systeem: de ene voorziening is in beginsel even belangrijk als alle andere. Deze zwakte van het gelijke toegankelijkheidsprincipe heeft inmiddels geleid tot een veelheid van voorstellen voor een andere aanpak, waarin ieder van de drie bovengenoemde alternatieve principes aanhangers heeft:

- Een utilitaristische stroming, die voorstander is van ruimer gebruik van (kosten-)effectiviteitsstudies. Vooral in de discussie rond de toelating van nieuwe voorzieningen speelt deze stroming een belangrijke rol.

- Een libertaire stroming, die van nieuwe en uitgebreidere toepassingen van het marktmechanisme positieve effecten op de doelmatigheid in de gezondheidszorg verwacht. Deze stroming roert zich met name in de discussie over de herziening van het stelsel van ziektekostenverzekeringen.
- Een egalitaire stroming, die minder duidelijk als zodanig te herkennen is. Tot deze stroming zou men echter diegenen kunnen rekenen, die zich richten op de gezondheidsproblematiek van bepaalde bevolkingsgroepen, bijvoorbeeld ouderen, gehandicapten of kulturele minderheden. Dit zijn in elk geval bevolkingsgroepen, die van een utilitair of libertair beleid weinig heil kunnen verwachten. In het eerste geval omdat ze vooral zijn aangewezen op voorzieningen waarbij effectiviteitscriteria minder relevant zijn (verzorging) en in het tweede geval omdat de marktpositie van deze groepen zwakker is.

Het feit dat, zoals de analyse in hoofdstuk 1 aangeeft, er nu voorstellen worden gedaan vanuit sterk uiteenlopende normatieve politieke standpunten, betekent dat er voor het eerst sprake is van een fundamentele discussie over de doelstellingen van de gezondheidszorg. Recentelijk is deze discussie ook officieel geëntameerd door de Staatssekretaris van Volksgezondheid, en wel in de vorm van een adviesaanvraag aan de Nationale Raad voor de Volksgezondheid en aan de Gezondheidsraad over de 'Grenzen van de Zorg'. De vijf grenzen, die daarin worden genoemd zouden ook in de vorm van doelstellingen gepresenteerd kunnen worden:

a. 'De grens tussen wat wel en wat niet tot gezondheidszorg kan worden gerekend.' Met deze grens wordt het bereik van het volksgezondheidsbeleid vastgelegd. Enerzijds verwijst dit naar de discussie over definitie van gezondheid, anderzijds naar de vraag of gezondheidsbeleid wordt beperkt tot voorzieningenbeleid of alle sectoren van beleid doorsnijdt.

Beide elementen kunnen met voorbeelden worden toegelicht:

- De discussie over opname van de anticonceptie-pil in het ziekenfondspakket betrof onder meer de vraag of het plannen van zwangerschap wel een gezondheidsprobleem is. Nog nadrukkelijker speelt dit bij zaken als cosmetische chirurgie en behandeling van kaalhoofdigheid. Ook in de geestelijke gezondheidszorg worden problemen behandeld, waarvan men zich af kan vragen of dat gezondheidsproblemen zijn; bijvoorbeeld bepaalde huwelijksproblemen en opvoedingsproblemen.

- Gezondheidszorg(-beleid) kan men strikt beperken tot die voorzieningen die speciaal voor dit doel in het leven zijn geroepen. Gezondheid wordt echter ook door andere zaken beïnvloed. Het is

dan ook de vraag of een zekere bemoeienis met die andere terreinen niet tot zorg voor de gezondheid behoort. Zo'n multisectoraal gezondheidsbeleid zou passen in de hernieuwde aandacht die de inhoud van volksgezondheid in het beleid krijgt na een lange periode van structuurbeleid. Maar de ervaringen met het beleid inzake roken hebben geleerd dat een brede aanpak noodzakelijk is omdat anders op een ander terrein wordt afgebroken wat op het ene is opgebouwd.

b. 'De grens van effectiviteit van zorg'. De vraag wat wel en wat niet effectief is heeft direkt te maken met de vraag wat men met zorg beoogt. Wat daarbij vooral in discussie is is de vraag of levensverlenging de belangrijkste doelstelling is. Er gaan steeds meer stemmen op om die levensverlenging te beschouwen in samenhang met de kwaliteit van de gewonnen levensjaren. Dit is uit beleids-oogpunt een belangrijk grensprobleem omdat een groot deel van de kosten van de geneeskundige zorg geconcentreerd is in de periode kort vóór het overlijden van de patiënt: men doet er alles aan om het leven van de patiënt te redden, althans te rekken.

c. 'De grens van ethische aanvaardbaarheid'. De betekenis van dit grensprobleem voor de doelstellingendiskussie is evident. De recente ontwikkelingen in technologie rond het begin van het leven roepen deze nadrukkelijk op.

d. 'De grens van de kollektieve verantwoordelijkheid'. Over de basis van kollektieve verantwoordelijkheid voor gezondheidszorg handelt het eerste hoofdstuk van dit proefschrift. De verschillende stromingen in de aktuele discussie werden hierboven al aangegeven.

e. 'De grens van financierbaarheid'. De Staatssekretaris noemt dit als een aparte grens. Maar het is niet goed in te zien wat het verschil is met de voorgaande, omdat financierbaarheid niet zozeer een technisch als wel een politiek probleem is. In de huidige politieke konstellatie en konjunktuur worden deze problemen wel gescheiden. De doelstellingen van kollektieve verantwoordelijkheid kunnen dan op papier gehandhaafd blijven, terwijl voor de realisering ervan geen middelen ter beschikking worden gesteld omdat de grens van de financierbaarheid is bereikt: 'We willen wel, maar we kunnen niet'.

Middelen

Zowel in hoofdstuk 1 als in hoofdstuk 2 is gewezen op het feit dat vooral beleid ten aanzien van ongelijkheid in gezondheid een multisectorale aanpak vraagt. In hoofdstuk 2 wordt alleen voor de sektor gezondheidszorg uitgewerkt langs welke lijnen verdeling van middelen in relatie tot verdeling van gezondheid zou kunnen verlopen.

Bezien we de vier functies van gezondheidszorg - medische behandeling, preventie, verzorging en revalidatie - dan blijkt duidelijk dat

ieder een andere aanpak vereist omdat ze gebruik maken van verschillende referentiekaders.

a. Medische behandeling leent zich in beginsel het best voor een utilitaire aanpak van verdeling. Klinische besluitvorming vindt op basis van utilitaire principes plaats: 'Wegen de materiële en immateriële kosten van deze ingreep op tegen de te verwachten baten?'. Gezien de grote onzekerheid die in individuele gevallen bestaat ten aanzien van de kansen op bepaalde uitkomsten en ten aanzien van de individuele utiliteiten van arts en patiënt, is het formuleren van absolute richtlijnen echter onmogelijk. Vandaar dat in hoofdstuk 2 wordt bepleit om voor deze functie met een budgetsysteem te werken. Deze konklusie sluit goed aan bij de economische argumenten die tot invoering van een budgetsysteem hebben geleid. Dat is ook niet zo verwonderlijk gezien de grote mate van overeenkomst die er bestaat tussen de principes van klinische besluitvorming en de principes van het economisch denkmodel: in beide gaat het om een afweging van kosten tegen baten binnen bepaalde randvoorwaarden.

Een goed functioneren van het budgetsysteem (goed in de zin van optimale doelmatigheid) stelt echter wel een aantal eisen, waar nog maar in beperkte mate aan wordt voldaan:

- Keuzevrijheid binnen het budget. Het doel van een budget-systeem is in de eerste plaats het beheersen van de kosten: het budget stelt daaraan een maximum. Het specifieke van deze vorm van kostenbeheersing is echter de delegatie van besluitvorming naar het niveau, waarop de kosten worden gegenereerd. Zoals ook in hoofdstuk 2 wordt aangegeven is een voor de betrokkenen bevredigende afweging op dat niveau mogelijk omdat men rekening kan houden met situatiegebonden factoren. De afweging die een klinikus of een ziekenhuisdirecteur maakt zal o.a. afhangen van de deskundigheid en vaardigheid van de beschikbare mankracht, de aard van het patiëntenaanbod en van de mens- en maatschappijbeelden van patiënten en hulpverleners.

- Rationele besluitvorming. Het budgetsysteem vereist niet alleen keuzevrijheid, maar ook een rationeel gebruik van die vrijheid. Daarmee wordt bedoeld, dat optimaal gebruik wordt gemaakt van beschikbare informatie en van beschikbare kennis. Anders leidt het budgetsysteem niet tot een optimale verdeling van middelen. De technieken, die als hulpmiddel bij de besluitvorming kunnen worden gebruikt, zijn echter in ontwikkeling en zijn nog niet geschikt voor toepassing op grote schaal.

Met name de laatstgenoemde voorwaarde voor een goed functionerend budgetsysteem is interessant, omdat deze in feite verwijst naar een algemeen probleem van utilitaire verdelingsmethoden: de grote hoeveelheid informatie die moet worden verzameld en verwerkt.

Gezien de voortdurende verschuiving en verandering van vraag en aanbod in de gezondheidszorg en de grote variatie is het moeilijk om aan die behoefte aan informatie te voldoen.

b. Preventie. In principe zou men beslissingen over preventie met behulp van dezelfde modellen kunnen nemen als bij medische behandeling. Een belangrijk verschil is echter dat preventie wordt aangeboden aan een bevolkingsgroep. Men komt dan in het besluitvormingsproces voor de opgave te staan om de utiliteiten van die groep te schatten. Besluitvorming over bijvoorbeeld de fluoridering van drinkwater, bevolkingsonderzoek op baarmoederhalskanker en gezondheidsvoorlichting en -opvoeding wijst uit dat dit betekent dat beslissingen over preventie een resultante zijn van politieke verhoudingen. Dat past ook bij het bijzondere karakter van preventie.

c. Verzorging. De effectiviteit, cq. het succes, van verzorging wordt in de eerste plaats bepaald door de satisfactie van de betrokken patiënt, en in de tweede plaats door die van zijn omgeving. Men zou dit kunnen beschouwen als een onderhandelingsproces, waarbij wensen en verwachtingen van de patiënt enerzijds staan tegenover mogelijkheden van hulpverleners en van de omgeving alsmede verwachtingen van de samenleving anderzijds. De positie van de patiënt is in deze niet sterk, zeker voor wat betreft chronisch zieken en gehandikapt. Bovendien bevinden zich in deze categorieën relatief veel patiënten uit groepen met een lagere sociaal-ekonomische status.

Het effect van verzorging is niet uitsluitend in termen van satisfactie te meten. Het ontbreken van verzorging kan de kans op ziekte meetbaar verhogen. En omgekeerd kan een overmaat aan verzorging invaliderend werken.

Een en ander leidt tot de konklusie dat voor verzorging een egalitaire verdelingsmethode de meest geëigende lijkt. Het huidige beleid lijkt ook (noodgedwongen) in die richting te gaan. De indikatiestelling, vooral voor langdurige verzorging in verpleeghuizen wordt steeds scherper naarmate de vraag toeneemt. In het bejaardenbeleid, dat door de aard van de populatie voor een deel ook verzorgingsbeleid is, kan men de verandering van een 'equal access'-beleid naar een egalitair beleid duidelijk traceren: in 1970 was het beleid er nog op gericht om iedere bejaarde die daar behoefte aan meende te hebben een plaats in een verzorgingshuis of verpleeginrichting te bieden. (Nota Bejaardenbeleid 1970) In tien jaar tijd is die visie, onder invloed van een kompleks van factoren, volledig veranderd.

d. Revalidatie. Bij revalidatie spelen in principe dezelfde aspecten als bij verzorging. Het onderhandelingsproces tussen patiënt en omgeving speelt hier echter een grotere rol. Men zou kunnen stellen dat een utilitair verdelingsmechanisme wordt gehanteerd, waarbij echter de utiliteiten van de patiënt en van de samenleving beide een even grote rol spelen. Problemen ontstaan als de utiliteiten van patiënt en omgeving tegengesteld zijn, hetgeen niet zelden het geval is. Bijvoorbeeld in het kader van de arbeidsongeschiktheidswetgeving biedt ziekte aan de werknemer een mogelijkheid om te ontsnappen uit een onaangename arbeidssituatie, terwijl de samenleving terugkeer in het arbeidsproces nastreeft.

Het recente verleden heeft laten zien dat deze sektor, mede door zijn structuur, gevoelig is voor bezuinigingen: verschuiving van intra- naar extramurale zorg, verlaging WAO-uitkeringen.

Effekten

De in hoofdstuk 2 gepresenteerde indeling van benaderingen van gezondheid kan ook worden vertaald in een indeling van effectiviteitskriteria:

a. Professionele criteria. In het ziektemodel, dat door bijvoorbeeld artsen wordt gehanteerd, zijn de criteria voor effectiviteit duidelijk: de volgens het model relevante indicatoren van ziekte moeten verbetering vertonen. Desondanks kan bij artsen de nodige onzekerheid ontstaan omtrent de vraag of de patiënt wel echt baat heeft gehad bij een behandeling. Dit komt voort uit het feit dat het professionele ziektemodel in de praktijk niet altijd toereikend is, o.a. omdat de kennis van ziekte nog onvolledig is. Dat betekent bijvoorbeeld voor sommige symptomen van ziekte, dat deze alleen te 'meten' zijn door de patiënt ernaar te vragen. Belangrijker is echter nog het feit dat ook hulpverleners rekening moeten houden met de eigen visie van de patiënt op het resultaat van de behandeling. Er moeten dus ook criteria uit een ander ziektemodel, het individuele, in de oordeelsvorming worden betrokken. Deze individuele criteria dienen echter op een andere wijze te worden gehanteerd dan de professionele criteria van de hulpverlener. Want kenmerkend voor het individuele ziektemodel is het feit dat eigen opvattingen, normen en waarden van het individu de definitie van ziekte en de waardering van de situatie waarin betrokkene zich bevindt bepalen.

Hiermee wordt een fundamenteel probleem van de maatschappelijke relevantie van de medische technologie (en van andere professionele technologieën) aangesneden. De kracht van die technologie is gelegen in een konsekwent en rationeel gebruik van kennis en inzicht, die met wetenschappelijke methoden is verkregen en met die methoden ook voortdurend kan worden getoetst. De maatschappelijke akseptatie

van die technologie is daarmee echter niet gewaarborgd, zo blijkt inmiddels steeds duidelijker. Er wordt steeds meer kritiek en twijfel uitgesproken ten aanzien van de formulering van de problemen waarop de technologie een antwoord tracht te bieden. De enige oplossing van dit probleem lijkt te zijn dat men de patiënt in staat stelt om te beslissen of in een bepaald geval de geneeskunde (of andere vormen van hulpverlening) een oplossing kan bieden voor het probleem zoals hij of zijn omgeving dat zien. De verantwoordelijkheid voor die beslissingen kan een professional nooit overnemen.

b. Individuele criteria. Op deze criteria is hierboven al ingegaan. Net zoals ieder zelf kan uitmaken of hij zich ziek of gezond voelt, zal hij een mening hebben over de baat die hij bij behandeling heeft gehad.

c. Maatschappelijke criteria. Deze criteria zijn eveneens af te leiden uit de manier waarop gezondheid en ziekte zijn gedefinieerd. Zo zijn bijvoorbeeld een daling van het ziekteverzuim of van medische consumptie maatschappelijke indicatoren van effectiviteit.

Informatie en beleid

De rol van onderzoek en informatie in het beleidsproces is een onderwerp dat relatief recent in de belangstelling is komen te staan. Dat is ook goed te verklaren. De behoefte aan informatie is afhankelijk van de mate waarin men processen wil besturen of beheersen. En aangezien de intensieve bemoeienis van de overheid met de gezondheidszorg pas na 1960 op gang is gekomen, is het niet verwonderlijk dat problemen in de informatievoorziening en -verwerking (in het beleidsproces) na 1970 pas echt zichtbaar werden.

Wanneer we de voorgaande hoofdstukken op deze informatieproblematiek bezien dan blijkt er sprake te zijn van een verzameling problemen. Het niet optimaal gebruik van beschikbare informatie in het beleidsproces is slechts één van de problemen op dit gebied.

a. Vaststelling van informatiebehoefte. Informatie wordt in principe pas verzameld als er behoefte aan bestaat of als er een behoefte wordt verwacht. Ten aanzien van sociale ongelijkheid in gezondheid blijkt er in Nederland weinig behoefte aan informatie te zijn geweest, vermoedelijk omdat men niet verwachtte dat er ongelijkheid van enig belang zou bestaan. Een gevolg hiervan is echter dat er weinig of geen informatie is, waardoor er weer minder reden is om in het beleid rekening te houden met sociale ongelijkheid. Een en ander betekent dat er een vrij hoge drempel is voordat een onder-

werp op de beleidsagenda wordt geplaatst. Incidenten en andere toevallige omstandigheden spelen hierbij waarschijnlijk een niet onbelangrijke rol.

b. Operationalisatie en meetbaarheid. Zeker ten aanzien van gezondheid en gezondheidszorg doen zich op het vlak van operationalisatie en meetbaarheid van variabelen vaak problemen voor. Het meten van gezondheid wordt ook in beleidskringen als een bijzonder moeilijke onderneming beschouwd. Het is interessant om te konstateren dat men dit probleem lijkt op te lossen door de bevolking zelf uit te laten maken of zij gezond is. De resultaten van de onder beleidsfunktionarissen gehouden enquête wijst althans in die richting. Maar de waarde van deze benadering voor het beleidsproces is beperkt, want individuele waarderingen zijn moeilijk tegen elkaar af te wegen en dat is voor beleid natuurlijk een grote handicap.

Ten aanzien van sociale ongelijkheid in gezondheid is er in deze nog het bijzondere probleem dat tussen verschillende bevolkingsgroepen verschillen bestaan in opvattingen over gezondheid. Dit maakt gegevens over individuele waardering van gezondheid moeilijker interpreteerbaar.

c. Kosten van gegevensverwerving. Het verkrijgen van gegevens en het verwerken hiervan tot informatie is kostbaar. Die kosten nemen toe naarmate de gegevens gedetailleerder, betrouwbaarder, vollediger en aktueller moeten zijn. Alhoewel de recente ontwikkelingen op het gebied van de informatietechnologie tot belangrijke kostenverlaging hebben geleid, blijft het verwerven van informatie duur. De bereidheid om in informatie te investeren houdt in elk geval geen gelijke tred met de behoefte aan informatie.

In de gezondheidszorg doet zich hierbij nog de bijzondere situatie voor dat in principe alleen voor de centrale verwerking van gegevens middelen worden gereserveerd. Maar de werkzaamheden aan de bron, door hulpverleners en instellingen, worden niet of slechts ten dele gehonoreerd. Zou men hogere eisen gaan stellen aan omvang en kwaliteit van registratie aan de bron, dan zal de reactie daarop zijn dat de extra werkzaamheden gehonoreerd dienen te worden.

Instellingen en instanties zullen in eerste instantie geneigd zijn te investeren in het verzamelen van gegevens die zij voor hun eigen funktioneren nodig hebben. Gegevens over sociale ongelijkheid zullen veelal niet aan dit criterium voldoen, omdat het eventueel bestrijden van sociale ongelijkheid in gezondheid een streven is dat het niveau van de instelling overstijgt.

d. Informatie als machtsmiddel. Als informatie bruikbaar is voor beleidsdoeleinden, dan betekent dat vrijwel per definitie dat bepaalde belangen gediend zouden zijn met het niet beschikbaar komen van die informatie. Een aktueel voorbeeld hiervan zijn de gegevens over de inkomens van medische specialisten. Informatie is niet neutraal. Informatieverstrekking voor beleidsdoeleinden zal daarom onderwerp van onderhandeling zijn. Het staken van informatieverstrekking is eveneens een steeds gangbaarder vorm van protest of dwangmiddel aan het worden.

e. Bescherming van de persoonlijke levenssfeer. Het verstrekken van informatie aan anderen vormt altijd een potentiële bedreiging van de persoonlijke levenssfeer. Aan dat feit zijn vervolgens drie aspecten te onderscheiden:

- er moet een zekere veiligheidsgarantie zijn om te voorkomen dat de informatie op ongewenste wijze in handen van derden komt.

- degene die de informatie verstrekt weegt de nadelen af tegen de voordelen die hij denkt te behalen. In het geval van individuele zorg of dienstverlening is die afweging meestal niet zo moeilijk. Bij gebruik van informatie voor kollektieve doeleinden is die afweging veel lastiger; de baten voor de verstrekker van informatie zijn daarbij doorgaans niet zo duidelijk.

- zelfs als informatie op zorgvuldige wijze is verstrekt en verzameld is gebruik in strijd met de belangen van degene op wie de informatie betrekking heeft niet altijd te voorkomen. Dat is o.a. het geval bij informatie die openbaar is geworden. Men kan hierbij denken aan statistieken met uitsplitsingen naar bepaalde bevolkingsgroepen. Alleen al het grove onderscheid tussen ziekenfonds- en partikulier verzekerden heeft konsekwenties voor de wijze waarop deze groepen bejegend worden.

In de discussie over privacybescherming ligt het aksent sterk op het eerste punt. Het is echter de vraag of de twee andere punten op langere termijn niet een veel groter probleem voor de samenleving vormen.

f. Effektiviteit van informatie in het beleidsproces. Door allerlei oorzaken, die we nog slechts ten dele kennen, wordt beschikbare informatie in het beleidsproces niet altijd optimaal benut. Hoofdstuk 5 is geheel aan dit gekompliceerde onderwerp gewijd. Eén van de belangrijkste konklusies die uit dat hoofdstuk getrokken kan worden is dat de kennis over het beleidsproces zelf nog te beperkt is om wegen aan te geven om op effectieve wijze informatie te kunnen aanleveren.

Slot

De twee lijnen in de analyse, de inhoudelijke en de informatie-technische, zijn op dit punt te verbinden tot één konklusie, namelijk dat voor een effectief gezondheidsbeleid waarin rekening gehouden kan worden met o.a. sociale ongelijkheid in gezondheid een expliciet informatiebeleid als onderdeel daarvan essentieel is.

In de afgelopen decennia heeft vooral de structuur van de gezondheidszorg in het beleidsproces aandacht gekregen. De laatste jaren is echter weer een kentering te bespeuren in de richting van een op gezondheid en op de inhoud van de zorg gericht beleid. De onderbouwing en invulling van dat beleid zal vermoedelijk vele nieuwe vragen naar informatie genereren. Een expliciet informatiebeleid zou het registrerende instellingen en onderzoekers mogelijk maken om systematisch op deze vragen in te gaan.

Summary

Inequalities in health, socio-medical research and policy

The problem underlying the publications that together make up this thesis is: 'How can socio-medical research contribute to health policy in general and policy regarding inequalities in health in particular?'

Chapter 1 provides an introduction to the problem area. An overview of our present knowledge of inequalities in health shows that even in countries with high levels of economic development and with extensive health care facilities such as the Netherlands, significant inequalities in health and in health related risk factors still exist.

Inequalities in health has only recently become a policy issue in the Netherlands. Until now it was believed that equal access to health services and to social services would automatically lead to equality in health. Considerations of equality are of importance in all aspects of policy making; goal formulation, choice of means to achieve these goals, evaluation of effects and choice of policy measure to achieve implementation of policy.

Goals of health policy can be divided into two classes; those aimed at achieving a certain level of health (for instance the eradication of a specific disease) and those aimed at achieving a certain distribution of health (eg giving priority to patients with the highest need). In reality one will seldom find such explicitly formulated policy goals. One usually finds intermediate goals in terms of means; eg providing health care facilities.

In developed countries the goals of health policy have become the subject of intense debate: The rapid development of medical technology and the explosive growth of the health care industry together with a broadening of the concept of health to almost every aspect of life have led to a situation in which it is hard to say what the goals of health policy are.

The means of health policy are usually restricted to providing health services. Attempts to distribute these services equitably are quite recent and have not yet had significant effects.

When it comes to the evaluation of the effects of policy it is important to recognize the different possible approaches to measur-

health care this leads to a bias in favour of the scientifically based curative part of services. Effectiveness of care is less easily measured unless one accepts the perception of health by the individual patient as a guide. And apart from these professional and individual approaches there is the social consequences approach, in which health effects are measured through their social effects such as disability and use of health and social services.

The choice of a particular means for the implementation of policy, eg regulation or financial measures, is not without importance for the question of inequality. In the Netherlands it is official policy since 1974 to give patient representatives a say in health care policy. However little progress has been made in this respect. Another significant example is the two-tiered health insurance system in the Netherlands, in which different financial incentives lead to differences in care between socially insured and privately insured patients.

Until recently health policy has in fact been a health care policy. However there is a new trend towards true health policy. The Swedish case is cited as an example. But in the Netherlands there are also signs of a renewed interest in the health goals of policy and the means by which these may be achieved.

This sets a positive background for a possible contribution from socio-medical research, the area of medical research aimed at the study of health at the community level.

Chapter 2 'Justice and health for all' presents an analysis of the socio-medical and economic implications of four distribution principles: the utilitarian, the egalitarian, the equal access and the libertarian principle. Policy in welfare states is primarily based on the equal access principle. The desire to curtail the rapid growth of the health care sector has led to both utilitarian (cost-benefit comparisons) and libertarian (more room for market approaches) proposals for change. The empirical grounds for these proposals are rather limited: it is not unlikely that they would produce significant negative side-effects, especially regarding the distribution of health. The egalitarian principle however would be a more logical choice as successor to the equal access principle of the welfare state: according to this principle highest priority is given to care for those most in need.

Chapter 3 addresses the distribution of resources within the health care sector. At present we are faced with a health care system, which is the product of history and not that of rational policy. Factors such as differences in economic development between regions

or the relative popularity of certain diseases have had significant impact on the allocation of resources. The analysis in this chapter attempts to find more rational criteria for the distribution of resources.

First it is argued that one should view the health care system in functional terms instead of organizational divisions. The health care system has four main functions: care, revalidation, medical treatment and prevention. Care is defined as support in carrying out daily life activities. Revalidation is aimed at increasing the capacity to carry out these daily life activities. Medical treatment and prevention are primarily aimed at specific diseases. Scientific knowledge of these diseases and technology are used for diagnosis, treatment and prevention. It is supposed that these will contribute to the quality of life of the patients.

Most health care providers and institutions provide several of these functions if not all. The exact mix of functions shows wide variations and is constantly changing. This makes it extremely difficult to get a clear picture of what goes on in the health care system. A functional specification has the advantage that the functions are mutually exclusive for all practical purposes. Policy goals expressed in functional terms can be much clearer than goals expressed in organizational terms. An example is the popular goal of 'strengthening primary care': One of the reasons for the fact that actual progress in this area is small is the fact that it is unclear what exactly should be strengthened; the clinical competence of the primary care physician, the facilities for community care or preventive measures?

Each of the four functions of health care has its own frame of reference and its own theoretical basis. They should therefore be treated in a different manner in the allocation process.

The care function is the one that is most dependent on economic and cultural factors. Establishing the need for professional care is a subjective matter, both at the individual level and at the policy level. Revalidation is faced with similar problems, but here the problem is primarily that of a possible conflict between individual preferences and societal expectations.

Medical treatment and prevention lend themselves to a more technical approach. The assessment of need with regard to these four functions of health care is analysed by using Bradshaw's taxonomy; normative need, felt need, expressed need/demand, comparative need.

The problems of research for policy are the subject of chapter 4. The limited use of research in policy making has drawn a lot of

attention from both researchers and policy makers in recent years. Both parties seem to live in different worlds with little communication between the two.

Several possible solutions have been tried: eg. research programming, improving communicative skills of researchers, use of qualitative methodology. Eventually the relationship between research and policy has itself become a research object and has even developed into a research specialty; utilization research. One of the most interesting theoretical developments in this field concerns the conceptualization of the policy process itself. Implicitly a rational model of the policy process was used by both researchers and policy makers. In such model there is a clear need for empirical data and research. Closer analysis of the policy making process suggests however that this is only one of the many kinds of knowledge used. Policy makers gather a lot of their information through informal channels.

Two entirely different conclusions are drawn from the literature. One is that researchers who wish to make sure that they have some influence on policy are advised to actively participate in the policy process itself. This influence however may only be a short term effect. The other conclusion is that the expectation of short term policy effects of research is unrealistic and that fundamental research will eventually find its way into the body of knowledge of policy makers.

Chapter 5 is an example of utilization research. As part of the larger project 'Policy relevance of health interview surveys' a survey was conducted among Dutch health care administrators on their use of health statistics and on the possible uses of data from a periodic health interview survey.

Of the 619 questionnaires that were sent out 213 were returned. The respondents cover most parts of the health care system. As was to be expected in this population statistics on the use of services are used most often. The major drawbacks of presently available statistics were felt to be: statistics are often outdated, no standardization of statistics from different sources, bare figures are hard to interpret, lack of data on patient flow through the health care system.

A health interview survey could supply data for strategic policy making. The respondents need data primarily for planning and evaluation. They want better statistics on utilization of services, but they also want to know what experiences patients have with these services. Knowledge of health and health services is also seen as a usefull area for a health interview survey.

Chapter 6 brings together the different threads presented in the previous chapters. In the present policy debate on the limits of health care several distribution principles are used by the participants.

It is interesting to note that the four functions of health care are best suited to different principles. Medical treatment lends itself to a utilitarian approach. Both the doctor and the patient must however be given room to decide on their own utilities. This is best done in a budget system.

Although prevention also lends itself to a utilitarian approach there is a practical problem in discovering the utilities of populations. In practice therefore prevention will always remain subject to political decision making.

Care is more suited to an egalitarian distribution principle. The aging of the population will require careful development of this principle in policy measures. A similar reasoning applies to revalidation.

The evaluation of the effects of policy poses a fundamental problem. Our health care system is built on the basis of scientific medicine. This implies that the evaluation of effects has in fact been delegated to professionals: only they can decide what is good for us. However people are getting uncomfortable with this arrangement and want to have some say in the relevance of modern medicine to their health problems. Resolving this conflict over the dominance of technology may prove to be the major challenge of the near future.

Although it has become obvious that researchers should not expect too great an impact of their work on policy, providing information is not without use. And it is remarkable that even though many statistics are available on a routine basis, these do not really provide what policy makers need. It is argued that planning of information should form a part of health policy.

CURRICULUM VITAE

- 1950 Geboren te Oujda (Frans Marokko)
- 1956-62 Lagere school te Leiden
- 1962-65 Stedelijk Gymnasium te Leiden
- 1965-67 Telopea Park High School te Canberra, Australië
- 1968-71 Kandidaatsstudie Geneeskunde, Erasmus Universiteit Rotterdam (EUR)
- 1971-74 Doktoraalstudie Geneeskunde vrije studierichting Maatschappelijke Gezondheidszorg (structuur en functioneren van de gezondheidszorg), EUR.
- 1974-81 Wetenschappelijk (hoofd-)medewerker Instituut Maatschappelijke Gezondheidszorg, EUR
- 1978- Beherend redakteur Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg
- 1981-86 Wetenschappelijk hoofdmedewerker Studierichting Algemene Gezondheidszorg, EUR
- 1986- Hoofd wetenschappelijke toepassingen, Erasmus Reken Centrum, EUR